FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1946 — 1947 — THÈSE — N° — 51

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Guy HÉBERT

Né le 15 septembre 1918, à Vertus (Marne)

22 JAN 1947

Présentée et soutenue publiquement le *1946*

Étude sur les résultats obtenus par l'Électro-Choc dans le Traitement de la Psychose Maniaco-Dépressive

Président : M. ALAJOUANINE, *Professeur.*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & Cie, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1946

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41550026_0034

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1946 — THÈSE — N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Guy HÉBERT

Né le 15 septembre 1918, à Vertus (Marne)

Présentée et soutenue publiquement le 1946

Étude sur les résultats obtenus par l'Électro-Choc dans le Traitement de la Psychose Maniaco-Dépressive

Président : M. ALAJOUANINE, *Professeur.*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & Cie, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1946

DOYENS HONORAIRES

MM. Balthazard, Roussy

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Aubertin, Balthazard, Basset, Bezançon, Brindeau, Carnot, Chevassu, Chiray, Clerc, A. Couvelaire, Delbet, Hartmann, Heitz-Boyer, Jeannin, Laignel-Lavastine, Laubry, Lenormant, Marion, Mulon, Ombrédanne, Roussy, Sannié, Sébileau, Sézary, Tanon.

DOYEN..... **BINET**

ASSESSEUR..... **VERNE**

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Assistance Médico-sociale	N...
Bactériologie	GASTINEL.
Biologie médicale	VERNE.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Clinique de cardiologie	DONZELOT.
Cliniques chirurgicales	BROCQ. CADENAT. MONDOR. QUÉNU.
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie	LEVEUF.
Clinique chirurgicale orthopédique	MATHIEU.
Clinique gynécologique	MOCQUOT
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies des enfants	DEBRÉ (R.).
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	DELAY.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Cliniques médicales	BÉNARD (H.) CHABROL. HARVIER. LIAN.
Clinique médicale propédeutique	P. VALLERY-RADOT.
Clinique de Neuro-chirurgie	VINCENT (Cl.)
Cliniques obstétricales	LANTUÉJOUL. LÉVY-SOLAL. PORTES.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	SÉNÈQUE.
Clinique thérapeutique médicale	LOEPER.
Clinique de la Tuberculose	BERNARD (Et.)
Clinique urologique	FEY.
Embryologie	GIROUD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	ALAJOUANINE.
Histologie	CHAMPY.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

	MM.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	JUSTIN-BESANÇON
Hygiène et clinique de la première enfance	CATHALA.
Hygiène et médecine préventive	JOANNON.
Médecine du travail	DUVOIR.
Médecine légale	N...
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT (E.).
Pathologie chirurgicale	PETIT-DUTAILLIS
Pathologie exotique	LAVIER.
Pathologie expérimentale et comparée	N...
Pathologie médicale	MOREAU.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pharmacologie et matière médicale	HAZARD.
Physiologie	BINET (Léon).
Problèmes alimentaires (Chaire à titre personnel)	BICHET.
Puériculture	LELONG.
Radiologie médicale	DESGREZ (H.).
Stomatologie	DECHAUME.
Physique médicale	STROHL.
Technique chirurgicale	MOULONGUET.
Thérapeutique	LAROCHE (G.)

PROFESSEURS SANS CHAIRE :

MM. BRULÉ (Médecine générale), DOGNON (Physique médicale), GAILLARD (Parasitologie), HALPHEN (O.-R.-L.) JAYLE M. (Chimie médicale), Mlle J. LÉVY (Pharmacologie), OLIVIER (Anatomie, PIÉDELIÈVRE (Médecine légale).

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

	MM.
Anatomie	CORDIER.
	N...
Anatomie pathologique	DELARUE.
	Mlle GAUTHIER-VILLARS
Bactériologie	BONNET.
	N...
Chimie médicale	ETTORI.
	N...
Chirurgie générale	AMELINE
	FÈVRE.
	FUNCK-BRENTANO
	MÉNÉGAUX.
	PATEL.
	SICARD.
	N...
	N...
	N...
Histologie	BULLIARD.
Hydrologie	N...
Hygiène	N...
	N...
Médecine générale	BARIÉTY.
	BOULIN.
	BROUET.
	CACHERA.
	COSTE.
	DELAY.
	N...
	GARCIN.
	DE GENNES.
	HAGUENAU.
	LENÈGRE.
	MARCHAL.
	MOLLARET.
	MOUQUIN.
	SOULIÉ.
	N...
Médecine légale	DESOILLE.
Obstétrique	DIGONNET.
	LACOMME.
	SUREAU.
	N...
Ophtalmologie	RENARD.
Oto-rhino-laryngologie	N...
Parasitologie	N...
Parasitologie coloniale	N...
Pathologie expériment.	LEMAIRE.
Pharmacologie	N...
	N...
Physiologie	N...
	N...
Physique médicale	N...
Thérapeutique	TURPIN.
Urologie	COUVELAIRE.

III. — PROFESSEURS HONORAIRES ET AGREGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM. BASSET (Chirurgie générale), HUGUENIN (Anatomie pathologique), LE LORIER (Obstétrique), VAUDESCAL (Obstétrique).

IV. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

	MM.		M.
Clinique chirurgicale...	GATELLIER. DE GAUDART D'ALLAINES.	Clinique médicale....	CHEVALLIER.
Clinique obstétricale...	ECALLE.		
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	HALPHEN.		

V. — CHARGÉS DE COURS

	M.
Radiologie.....	LEDOUX-LEBARD

	MM.
Secrétaire de la Faculté.....	J. MOREL.
Secrétaire-adjoint.....	M. BRISSIAUD

Bibliothécaire en Chef.....	Dr A. HAHN
Bibliothécaires.....	Mlles DUMAITRE, GOICHON, LAURENT.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA FEMME

A MES FILLES

A TOUTE MA FAMILLE

A TOUS MES AMIS

A Monsieur le Professeur ALAJOUANINE

Professeur d'Histoire de la Médecine
Médecin des Hôpitaux

Qui nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse, en hommage de respectueuse reconnaissance.

A Monsieur le Professeur P. DESCLAUX

Professeur agrégé de la Faculté de Médecine de Paris
Médecin des Hôpitaux

Qui nous a donné sans compter l'appui de ses précieux conseils. Qu'il trouve ici le témoignage de notre profonde et respectueuse reconnaissance.

A Monsieur le Docteur NOUET

Médecin directeur de l'Hôpital Psychiatrique de l'Orne

A Monsieur le Docteur VEYRES

Médecin chef de l'Hôpital Psychiatrique de l'Orne

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE BORDEAUX
NANTES ET PARIS

Avant de commencer cette étude, nous sommes heureux de pouvoir témoigner notre reconnaissance à Monsieur le Docteur Nouet, médecin-directeur de l'Hôpital Psychiatrique de l'Orne et à Monsieur le Docteur Veyres, médecin-chef, dont nous sommes l'interne depuis trois ans. Nous avons conscience de tout ce qu'ils ont été pour nous et nous leur devons plus encore que notre formation psychiatrique et médicale.

Grâce à leur sollicitude, leurs conseils et leur amitié ils nous ont fait ce que nous sommes.

Qu'ils trouvent ici le témoignage de notre affectueuse reconnaissance.

Étude sur les résultats obtenus par l'Électro-Choc dans le Traitement de la Psychose Maniaco-Dépressive

INTRODUCTION

Depuis son avènement sur le terrain de la Thérapeutique, l'Electro-choc a présenté un intérêt incontestable et suscité de nombreux travaux. Il nous a paru intéressant d'étudier les résultats obtenus par cette nouvelle méthode dans les Services de l'Hôpital Psychiatrique de l'Orne où il est utilisé depuis trois années.

Pour l'étude de ces résultats ce sont les accès maniaques et mélancoliques de la psychose maniaco-dépressive qui ont retenu notre choix et cela pour les raisons suivantes : tout d'abord ce sont eux qui fournissent le plus d'entrées dans les Services. Ensuite parce que les résultats obtenus par le traitement de ces accès sont les plus sujets à la critique du seul fait des rechutes toujours possibles. En effet, l'action de l'E.-C. ne se discute pas quand il s'agit de confusions mentales ayant peu de tendance à la récidive, ou encore lorsqu'il s'agit des démences précoces. Enfin, c'est dans ces cas que l'Electro-choc a son indication majeure.

Nous nous sommes efforcés de rechercher :

I. — Si la durée des accès maniaques et mélancoliques de la P. M. D. était vraiment raccourcie de façon appréciable par l'E.-C. en prenant comme point de comparaison la durée moyenne des accès maniaques et des accès mélancoliques présentés au cours de certaines années précédant l'avènement de cette nouvelle thérapeutique. Il n'est pas rare de lire que la durée de ces sortes d'accès est considérablement raccourcie par le traitement de choc électrique, mais jamais aucun chiffre ne vient à l'appui de ces affirmations. De notre côté, nous avons aussi ressenti cette impression qu'avec l'E.-C. les malades restaient moins longtemps dans les Services. Mais

n'est-ce pas une tendance naturelle à l'homme que de se souvenir des succès et d'oublier les échecs ? Lorsque nous passons dans le service, ne sont-ce pas surtout les guérisons rapides qui retiennent notre attention ! Seuls les chiffres peuvent confirmer ou infirmer nos impressions.

II. — En deuxième lieu, si, depuis l'emploi de la convulsivothérapie électrique, les cas de guérison des accès de la P. M. D. étaient plus nombreux. La plupart des résultats publiés dans la littérature portent sur les états maniaques et les états mélancoliques englobant ainsi tous les états d'excitation et de dépression symptomatiques d'une étiologie déterminée et ceux de la Psychose maniaco-dépressive.

III. — Nous avons essayé de voir si l'E.-C. avait une influence sur la fréquence des rechutes et par conséquent s'il donne des guérisons durables.

IV. — Puis, nous nous proposons de rapporter quelques remarques que nous avons pu faire au cours de ces trois années de pratique sur le mode d'application de l'Electro-choc dans le traitement des accès maniaques et mélancoliques.

En résumé, nous rapportons et commentons dans notre travail les résultats obtenus à l'Hôpital Psychiatrique de l'Orne, par le traitement de choc électrique des accès de la Psychose maniaco-dépressive.

MODE DE TRAVAIL

Pour établir les comparaisons envisagées, il nous fallait baser notre travail sur les observations de malades soignés sans convulsivothérapie et avec électro-choc. Il nous a donc fallu compulser les dossiers de plusieurs années successives, classer les cas. Bref, faire un travail de statistique.

Classement des cas.

Afin de répondre à ce que nous nous sommes proposés nous avons relevé les cas de psychose maniaco-dépressive confirmée et les premiers accès maniaques ou mélancoliques relevant, probablement, de la psychose maniaco-dépressive. Des difficultés surviennent du fait que certains malades présentent à leur entrée un tableau clinique complexe rendant le diagnostic incertain. C'est en lisant attentivement les certificats d'entrée, de quinzaine, de situation ou de sortie et les observations contenues dans les dossiers, en recherchant le tableau clinique présenté lors d'une entrée ultérieure par un cas atypique, que nous avons réussi à établir ce classement. Nous avons été ainsi conduit à éliminer :

1° Les états maniaques et mélancoliques symptomatiques d'une étiologie déterminée ;

2° Les accès d'excitation ou de dépression typiques qui se sont avérés, par la suite, être le début d'une démence précoce ;

3° Les accès atypiques avec éléments schizophréniques dont il nous a été impossible de suivre l'évolution ultérieure ;

4° Certains cas, retirés trop peu de temps après leur entrée, non guéris et contre avis médical. Ces accès n'offrent aucun intérêt pour notre étude, puisque la durée de séjour de ces malades ne peut compter, étant sorti non guéris et que, d'autre part, ils ne peuvent rentrer ni dans la catégorie des cas « favorables », ni dans celle des « défavorables » puisque leur évolution ne nous est pas connue.

Par contre, ont été retenus pour notre travail :

1° Les accès de manie et de mélancolie chez des périodiques confirmés ;

2° Les accès maniaques et mélancoliques survenus sans cause apparente et qui relèvent, probablement, de la psychose maniaco-dépressive, nous autorisant du mode de présentation des résultats publiés par M. Delmas-Marsalet ;

3° Les accès maniaques ou mélancoliques atypiques dont l'évolution a montré qu'il s'agissait bien d'un état maniaque ou mélancolique. C'est le cas, par exemple, où le médecin croit avoir affaire à un délire entraînant un état mélancolique alors que l'évolution montre qu'il s'agissait d'une mélancolie délirante.

Sur quelles années a porté la recherche des accès ?

1° En ce qui concerne les accès non traités par E.-C., nous avons relevé les cas des malades entrés entre le 1er janvier 1928 et le 31 décembre 1932. Soit un total de cinq années. De cette façon il nous a paru que le nombre d'accès relevés était suffisant pour obtenir une statistique reflétant au mieux la réalité. Ces cinq années ont, d'autre part, été choisies arbitrairement et seulement assez éloignées pour ne pas avoir à éliminer des accès traités par le Cardiozol ou l'Insuline ;

2° Quant aux accès traités par le choc électrique, ce sont les cas des malades entrés du 1er juillet 1943 au 31 décembre 1945 que nous avons retenus. C'est le 1er juillet 1943 que l'Electro-choc est entré en service à l'Hôpital Psychiatrique de l'Orne, et si nous avons fait cesser le relevé de nos cas au 31 décembre 1945, c'est afin de laisser un certain recul permettant d'apprécier, dans une certaine mesure, la valeur des derniers résultats obtenus.

Mode de travail proprement dit.

Par un souci de clarté et de plus grande commodité nous avons séparé les accès maniaques et les accès mélancoliques. La très grande majorité de nos malades ont d'ailleurs présenté des psychoses maniaco-dépressives à prépondérance soit maniaque, soit mélancolique. Quatre seulement de nos malades ont présenté les deux aspects de la psychose maniaco-dépressive (nous ne tenons pas compte des inversions de l'état thymique en cours de traitement).

Notre exposé débutera par la présentation de quatre tableaux où sont colligés dans le :

Tableau A : les accès maniaques de cinq années non traités par Electro-choc.

Tableau B : les accès mélancoliques de cinq années non traités par Electro-choc.

Tableau C : Les accès maniaques traités par E.-C.

Tableau D : Les accès mélancoliques traités par E.-C.

Nous avons établi la durée de séjour moyenne des accès pour chaque tableau et selon certaines conditions que nous exposons au début du chapitre premier dont ce sera le sujet. Puis nous comparons ces moyennes entre elles, discutons les résultats obtenus et tirons les conclusions que ces chiffres permettent de justifier. Les avantages qu'il pouvait y avoir à raccourcir le temps de séjour des accès maniaques ou mélancoliques, est envisagé à la fin de ce chapitre premier.

Nous avons consacré le deuxième chapitre de notre travail à l'étude des résultats obtenus avec l'électro-choc, en comparaison des résultats antérieurs. Pour ce faire, selon des conditions que nous préférons exposer au début du chapitre, nous avons fait le total des cas favorables de chaque tableau et le total des cas défavorables. Les résultats obtenus ont servi à établir des pourcentages dont la comparaison servira de base à la discussion des résultats acquis par l'E. C. Enfin nous rapportons les accidents survenus imputables, ou semblant l'être, à l'E. C., accidents que, dans un souci d'exacte vérité, nous ne devons pas passer sous silence et que nous préférons rapporter à la fin de ce chapitre car ils représentent en quelque sorte l'envers de la médaille.

Quant à notre troisième chapitre, nous le consacrons à la question des rechutes. La convulsivothérapie électrique semble-t-elle avoir une influence quelconque sur la fréquence des rechutes à distance ? Nous avons réuni dans ce but quelques cas de malades dont les premiers accès remontent assez loin dans le temps pour n'avoir pas été traités par E.-C. et dont les derniers accès ont bénéficié de cette méthode.

Ici, en particulier, nous manquons de recul pour examiner les rechutes qui peuvent faire critiquer la rapidité des résultats obtenus par l'Electro-choc. En effet la majorité des malades n'ayant présenté qu'un accès traité par la convulsivothérapie électrique n'ont toujours pas rechuté, mais rien ne peut nous autoriser à dire qu'ils ne rechuteront pas dans un délai plus ou moins court.

Nous avons également établi le pourcentage des cas de manie et mélancolie traités qui avaient rechuté par la suite, compte tenu des

rechutes en cours de traitement, qui méritent d'être différenciées des précédentes par les caractères propres qu'elles présentent. Nous envisageons également cette question au cours de ce chapitre.

Nous pensons qu'un recul de 20 années serait nécessaire pour apprécier la valeur des résultats obtenus, peu de malades, atteints de P. M. D. restant plus de 20 années sans présenter une rechute.

Le quatrième chapitre enfin sera réservé au mode d'application de l'Electro-choc. Nous y rapportons les modifications que nous avons été appelé à apporter par la pratique et les observations journalières dans le traitement de la P. M. D. et y exposons le mode d'application qui, à l'heure actuelle, paraît nous donner les meilleurs résultats avec un minimum de risque.

Enfin, nous terminons notre travail en réunissant les conclusions que nous avons cru être en droit de tirer de chacun de nos chapitres. Ce seront les conclusions de notre travail.

* * *

Le premier temps de notre travail a été de réunir tous les accès maniaques et mélancoliques relevant de la P. M. D., entrés dans les services de l'H. P. P. de l'Orne du 1er janvier 1928 au 31 décembre 1932 d'une part, du 1er juillet 1943 au 31 décembre 1945 d'autre part, avec la durée de séjour de chaque accès calculée en jours, le mode de sortie, l'âge et le sexe de chaque malade. Tous ces accès sont colligés en quatre tableaux que nous présentons ci-après :

TABLEAU A. — **Accès maniaques non traités par E. C.**

N°	Sujets	S	Age	Diagnostic	Sortie	Séjour	
1	B. G.	F.	26 ans	Manie confuse	Très amél.	259 j.	
2	G.	H.	52 ans	P. M. D. Manie aiguë	Décédé	11 ans	Manie chronique. Loquace, hypomaniaque en dehors des accès.
*3	V. Henri	H.	26 ans	P. M. D. Manie	Guéri	665 j.	
4	L. Georges	H.	67 ans	Etat maniaque	Guéri	126 j.	2e accès.
5	M.	H.	45 ans	P. P. Etat maniaque	Guéri	211 j.	
*6	L. B. Rosalie	F.	21 ans	Manie confuse	Guérie	405 j.	
7	G.	F.	19 ans	P. P. Manie intermittente	Guérie	744 j.	Quatre rechutes successives.
*8	G. P.	F.	61 ans	Manie intermittente	Guérie	636 j.	
*9	G. M.	F.	48 ans	P. M. D. Manie	Améliorée	179 j.	
*10	K. Oes.	F.	64 ans	P. M. D. Manie	Guérie	86 j.	Rechute 2 mois après.
11	B. T.	F.	32 ans	P. M. D. Manie	Guérie	234 j.	
12	C. P.	F.	43 ans	P. M. D. Manie	Guérie	37 j.	
*13	B. Joseph	H.	46 ans	P. M. D. Manie aiguë	Guéri	95 j.	
14	C. R.	F.	38 ans	P. M. D. Manie	Guérie	140 j.	
15	D. B.	F.	21 ans	P. M. D. Etat maniaque	Guérie	95 j.	
*16	K. Des.	F.	64 ans	P. M. D. Etat maniaque	Non sortie		Accès guéri en 2 mois 1/2. Rechute 6 mois après. Resté hypomaniaque.
17	R.	H.	37 ans	P. M. D. Etat maniaque	Décès	9 ans 44 j.	Accès et hypomanies puis dépression 1 an 1/2 avant la mort.
18	R.	H.	46 ans	P. M. D. Etat maniaque	Amél.	2 ans 7 mois	Rechutes sur rechutes.
19	S. André	H.	33 ans	Manie confuse	Guéri	236 j.	
20*	V. Henri	H.	28 ans	P. P. Manie	Guéri	8 ans 9 mois	3e adm. Accès sur accès. Resté 1 an et 3 mois sans accès.
21	R.	H.	28 ans	Manie aiguë	Décès	16 j.	Mort subite.
*22	L. Jean	H.	65 ans	Accès maniaque	Guéri	81 j.	
23	D.	H.	67 ans	Accès maniaque	Guéri	16 j.	
24	S.	H.	36 ans	Accès maniaque	Amélioré	161 j.	
*25	G. S.	F.	56 ans	P. M. D. Manie improductive	Guérie	202 j.	4e admis. Alternati. d'amél. et de rechutes
26	B.	F.	33 ans	Manie confuse	Guérie	312 j.	
27	S. L.	F.	39 ans	Manie aiguë	Décès	11 ans 11 j.	Etat démentiel post-maniaque

N°	Sujets	S	Age	Diagnostic	Sortie	Séjour	
28	R. H.	F.	39 ans	Manie confuse	Décès	10 ans 15 j.	Etat démentiel post-maniaque.
29	H. Albert	H.	64 ans	P. M. D. Manie aiguë	Guéri	75 j.	2e admission.
30	P.	H.	46 ans	Etat maniaque	Décès	11 ans 1 mois	Manie chronique.
31	R. Jean-Louis	H.	48 ans	P. P. Etat maniaque chez un débile	Non sorti	—	1 an et 3 mois d'accès et d'hypomanie. Calme mais débile inadaptable.
32	C. F.	F.	25 ans	Manie aiguë	Décès	4 j.	Syncope cardiaque.
33*	L. B. Rosalie	F.	24 ans	P. P. Manie inttermittente	Guérie	290 j.	2e admission.
34	O. Suzanne	F.	24 ans	P. P. Manie aiguë	Très amél.	279 j.	1 accès 2 ans auparavant.
35	M.	H.	34 ans	P. P. Manie aiguë	Guéri	404 j.	3e accès.
36	B.	H.	64 ans	P. P. Manie aiguë	Guéri	648 j.	2e accès 5 ans après le premier.
37	H.	H.	61 ans	P. P. Etat maniaque	Décès	10 ans 9 mois	Accès sur accès et hypomanie.
38	C. D.	F.	38 ans	Accès maniaque	Guérie	149 j.	
39	B.	H.	54 ans	Accès maniaque	Guéri	82 j.	
40	L. G.	F.	50 ans	P. P. Etat maniaque	Améliorée	315 j.	3e admission.
41	S. C.	F.	43 ans	Accès maniaque	Très amél.	143 j.	
*42	L. Jean	H.	66 ans	P. P. Manie	Décès	863 j.	2e admiss. 1 an 2 mois après la 1re sortie. Crises épileptiformes à la fin.
43	L. L.	F.	46 ans	Etat maniaque	Très amél.	287 j.	
44	B. Joseph	H.	43 ans	P. M. D. Manie	Guéri	88 j.	2e admission.
45	V.	F.	23 ans	Manie aiguë	Améliorée	146 j.	
46	F. S.	F.	34 ans	P. M. D. Manie	Guérie	40 j.	Plusieurs accès ant.
47	G. P.	F.	41 ans	Etat maniaque	Décès	6 ans 10 j.	Resté hypomaniaque.
48	C.	F.	20 ans	Etat maniaque	Guérie	106 j.	
49	G. P.	F.	65 ans	P. M. D. Etat maniaque	Décès	1 an 4 mois	Resté maniaque tout le temps, 5e accès. Broncho-pneumonie post-opératoire.
50	M. Maria	F.	28 ans	Accès maniaque	Guérie	26 j.	
51	G. S.	F.	58 ans	P. M. D. Etat maniaque	Très amél.	214 j.	5e adm. Alternativè de rechutes et d'améliorations.
52	L. Berthe	F.	48 ans	Manie confuse	Guérie	205 j.	
53	D. F.	H.	62 ans	P. P. Manie	Décès	425 j.	2e admission. Décès par embolie. 1er accès dure 2 ans 1 mois.
54	R. O.	F.	51 ans	Etat maniaque	Non sortie		Acc. sur acc. et affaiblissement intellectuel.
55	C. C.	F.	47 ans	P. M. D. Manie	Guérie	10 ans 2 mois	Très longtemps hypomaniaque.
56	B. R.	F.	47 ans	P. M. D. Etat maniaque	Guérie	233 j.	3e admission.

N°	Sujets	S	Age	Diagnostic	Sortie	Séjour	
57	B. Edouard	H.	24 ans	P. M. D. Etat maniaque	Guéri	249 j.	
58*	L. B. Rosalie	F.	25 ans	P. M. D. Manie aiguë	Non sortie	—	Accès sur accès, hypomanie.

TABLEAU B. — **Mélancolies non traitées par E. C.**

1	C. C.	F.	61 ans	P. M. D. Mélancolie aiguë	Décédée	10 ans	Chronicité.
*2	G. S.	F.	48 ans	P. M. D. Mélancolie intermit:	Légt amél.	285 j.	Rechute.
3	M.	H.	67 ans	Mélancolie anxieuse	Décès	13 ans	Chronicité.
4*	B. Louise	F.	54 ans	P. M. D. Mélancolie anxieuse	Guérie	73 j.	Rechute 10 mois après la sortie.
5	H. L.	F.	57 ans	Mélancolie	Améliorée	11 ans 9 mois	Affaiblissement intellectuel.
6	L. L.	F.	67 ans	Mélancolie intermittente	Décès	9 ans 1 mois	Mélancolie chronique délirante.
7	Let...	F.	69 ans	Mélancolie anxieuse	Décès	332 j.	Grippe intestinale.
8	C. Ch.	F.	38 ans	Mélancolie aiguë	Même état	61 j.	
9	H. M.	F.	43 ans	Mélancolie délirante	Très amél.	354 j.	
10	M. C.	F.	67 ans	Mélancolie intermittente	Même état	72 j.	S'est noyée quelques jours après la sortie
11*	J. R.	F.	52 ans	Mélancolie délirante	Améliorée	188 j.	Rechute 3 mois et 1 semaine après la sortie
12	G. P.	F.	27 ans	Mélancolie stuporeuse	Améliorée	154 j.	
13	A.	F.	60 ans	P. M. D. Mélancolie intermit.	Guérie	63 j.	
14	S. F.	F.	56 ans	Mélancolie délirante	Décès	342 j.	Mélancolie chronique. 2 int. ant. 7 mois et 11 mois à 30 j. d'intervalle.
15	B. D. Marie	F.	48 ans	Mélancolie	Légt amél.	126 j.	
16*	A.	H.	49 ans	Mélancolie délirante	Guéri	92 j.	Rechute 8 mois et 2 semaines après cette sortie.
17	D. V.	F.	30 ans	Mélancolie stuporeuse	Guérie	741 j.	
18	L.	H.	59 ans	Mélancolie	Guéri	26 j.	
*19	F q.	H.	41 ans	Mélancolie anxieuse	Guéri	82 j.	Rechute 19 jours après sortie.
20	C. H.	F.	72 ans	Mélancolie anxieuse	Guérie	52 j.	
*21	F. q.	H.	41 ans	Mélancolie	Guéri	162 j.	
22	V. V.	F.	46 ans	P. M. D. Mélancolie intermit.	Décès	4 ans 242 j.	Affaiblissement intellectuel.
*23	G. S.	F.	48 ans	P. M. D. Mélancolie	Décès	180 j.	Cachexie par mélancolie.

N°	Sujets	S	Age	Diagnostic	Sortie	Séjour	
*24	T. V. Isabelle	F.	39 ans	Mélancolie	Même état	14 j.	
25	B. D. Camille	F.	52 ans	Mélancolie	Décès	2 j.	Mort subite.
26	B. B.	F.	66 ans	P. M. D. Mélancolie intermit.	Décès	7 ans 101 j.	
27*	J. R.	F.	53 ans	Mélancolie délirante	Améliorée	176 j.	
28	L. J.	F.	64 ans	Mélancolie	Guérie	35 j.	
29*	B. Louise	F.	55 ans	P. M. D. Mélancolie	Guérie	50 j.	
30	R. L.	F.	45 ans	Mélancolie anxieuse et délir.	Même état	2 ans 5 mois	
31	B. G.	F.	37 ans	Mélancolie délirante	Même état	6 mois	
32	A.	H.	50 ans	Mélancolie	Amélioré	66 j.	
33	E. F.	F.	26 ans	Mélancolie	Même état	123 j.	
34	G.	F.	47 ans	Mélancolie délirante anx.	Guérie	1109 j.	
35	S. D.	F.	52 ans	Mélancolie anxieuse	Même état	110 j.	
36	R.	F.	50 ans	Mélancolie stuporeuse	Guérie	60 j.	
37	B.	H.	20 ans	Mélancolie confusionnelle	Guéri	105 j.	
38	S. P.	F.	64 ans	Mélancolie	Améliorée	62 j.	
39	C.	H.	65 ans	Mélancolie	Amélioré	182 j.	
40	L. J.	F.	67 ans	Mélancolie	Guérie	112 j.	
41	T. V. Armande	F.	39 ans	P. M. D. Mélancolie	Améliorée	473 j.	Rechutes plusieurs années après.
*42	T. V. Isabelle	F.	41 ans	P. M. D. Mélancolie	Guérie	212 j.	Opérée d'un kyste de l'ovaire pendant l'accès.
*43	M. B.	F.	60 ans	Mélancolie délirante	Guérie	59 j.	Une rechûte.
44	B. B.	F.	58 ans	Mélancolie	Très amél.	118 j.	Rechute quelques mois plus tard.
45	R. Louis	H.	62 ans	Dépression mélancolique	Guéri	28 j.	
46	R. Rosalie	F.	61 ans	Mélancolie délirante	Décès	9 ans 6 mois	Affaiblissement intellectuel.
47	D. B.	F.	51 ans	Mélancolie	Décès	10 ans 10 mois	Affaiblissement intellectuel.
*48	M. B.	F.	60 ans	P. P. Mélancolie	Guérie	126 j.	2e admission Rechute 72 jours après.
49	B.	H.	57 ans	P. P. Dépression mélancol.	Décès	456 j.	3e admission. Cachexie nerveuse.
50	D. C.	F.	43 ans	Mélanc. anxieuse et délirante	Guérie	124 j.	Rechute 213 j. après la sortie.
51	F. B.	F.	53 ans	Mélancolie	Guérie	37 j.	
52	P. B.	F.	57 ans	Dépression mélancolique	Très amél.	3 ans 14 j.	
*53	M. B.	F.	61 ans	P. P. Mélancolie	Très amél.	123 j.	
54	B.	H.	42 ans	Mélancolie	Décès	11 ans 6 mois	Affaiblissement intellectuel.
55	B. Maurice	H.	36 ans	Dépression mélancolique	Guéri	22 j.	
56	D.	H.	42 ans	Dépression mélancolique	Guéri	78 j.	

N°	Sujets	S	Age	Diagnostic	Sortie	Séjour	
57	T. Angèle	F.	60 ans	Mélancolie anxieuse	Guérie	4 ans 6 m. 9 j.	Ne veut pas quitter l'hôpital. Plusieurs accès mélancoliques.
58	D. C.	F.	44 ans	Mélancolie anxieuse	Guérie	257 j.	
*59	L. P.	F.	55 ans	Accès mélancolique	Guérie	188 j.	2e admission.
60	B. F.	F.	45 ans	Etat mélancolique	Améliorée	102 j.	Suicide par pendaison peu après sortie. Sortie contre avis médical.
61	P. J.	F.	53 ans	Etat mélancolique	Améliorée	494 j.	Rechute 5 semaines après la sortie. Sort légèrement améliorée.
62	W. C.	F.	32 ans	Mélancolie	Améliorée	28 j.	Rechute 4 ans plus tard.
63	B. B. Marie-L.	F.	47 ans	Mélancolie anxieuse	Même état	264 j.	Rentre 4 mois après, reste 3 mois et est guérie pour 11 ans.

TABLEAU C. — **Accès maniaques traités par E. C.**

N°	Sujets	S	Age	Diagnostic	Sortie	Séjour	Traitem.	
1	P. Albert	H.	48 ans	P. P. Manie aiguë	Guéri	18 j.	4 E. C.	1er accès soigné à l'H. P. Pas de rechute. Un accès ant. chez lui.
2	H. Emile	H.	18 ans	Manie aiguë	Guéri	117 j.	2 E. C.	1er accès. Pas de rechute.
*3	T. V. Armande	F.	53 ans	P. I. Etat maniaque	Guérie	32 j.	6 E. C.	Rechute 11 j. après la sortie, 3 accès ant.
*4	T. V. —	F.	53 ans	— —	Guérie	36 j.	6 E. C.	Rechute 12 jours après la sortie.
*5	T. V. —	F.	53 ans	— —	Guérie	50 j.	7 E. C.	Gardée plus longtemps après guérison de l'accès. Plus de rechute.
6	L. J. Marie	F.	38 ans	Manie confuse	Guérie	213 j.	19 E. C.	2 accès antérieurs. Sortie sans rechute.
7	M. T. Ernest.	F.	60 ans	Etat maniaque	Guérie	164 j.	6 E. C.	1er accès. Pas de rechute.
8	L. T. J. Yvonne	F.	34 ans	Etat maniaque	Guérie	64 j.	7 E. C.	1er accès. Pas de rechute.
9	P. B. Eugènie	F.	47 ans	P. I. Etat maniaque	Guérie	30 j.	10 E. C.	2 accès antérieurs. Pas de rechute.
10	D. Georgette	F.	19 ans	Manie aiguë	Guérie	73 j.	19 E. C.	1er accès sans rechute.
*11	B. Baptiste	H.	43 ans	P. P. Etat maniaque	Guéri	101 j.	4 E. C.	Une rechute 9 mois après, 2 accès ant.
*12	B. Baptiste	H.	44 ans	P. P. Etat maniaque	Guéri	95 j.	6 E. C.	Pas de rechute.
13	R. Modeste	H.	49 ans	P. P. Etat maniaque	Guéri	9 j.	1 E. C.	Deux accès ant. Pas de rechute.

N°	Sujets	S	Age	Diagnostic	Sortie	Séjour	Traitem.	
14	J. Henri	H.	49 ans	P. M. D. Etat maniaque	Guéri	89 j.	5 E C.	1er accès Pas de rechute.
15	D. O. Hélène	F.	48 ans	Etat maniaque	Améliorée	45 j.	13 E. C.	1er accès. Pas de rechute.
16	K. Georges	H.	39 ans	P. I. Etat maniaque	Guéri	13 j.	3 E. C.	1er accès. Pas de rechute. Plusieurs internements ant.
*17	P. Odette	F.	17 ans	P. P. Etat maniaque	Guérie	64 j.	2 E. C.	Une rechute 13 mois après.
*18	P. Odette	F.	18 ans	P. P. Etat maniaque	T. amélior.	210 j.	20 E. C.	Pas de rechute depuis la sortie.
19	M. Germ.	F.	43 ans	Manie aiguë	Guérie	20 j.	4 E. C.	Premier accès sans rechute.
20	B. Jacques	H.	16 ans	Manie aiguë	Guéri	33 j.	1 E .C.	Sans rechute, 1er accès.
21	L. G. Marcel.	F.	53 ans	Manie confuse	Très amél.	32 j.	5 E. C.	3e admission. Pas de rechute.
*22	N. L.	F.	58 ans	Etat maniaque	Très amél.	20 j.	5 E. C.	1er accès. Rechute 20 jours après.
*23	N. L.	F.	58 ans	— —	Guérie	29 j.	4 E. C.	2e accès. Rechute 10 jours après.
*24	N. L.	F.	58 ans	— —	Echec	Echec	6 E. C.	Rechute malgré le traitement.
25	M. L. Mad.	F.	29 ans	Etat maniaque	Guérie	145 j.	18 E. C.	1er accès sans rechute.
26	D. C. Louise	F.	49 ans	P. M. D. Manie aiguë	Améliorée	45 j.	1 E. C.	1er accès sans rechute.
27	M. Madel.	F.	20 ans	Etat maniaque chez un débile	Guérie	146 j.	12 E. C.	1er accès sans rechute.

TABLEAU D. — **Accès mélancoliques traités par E. C.**

1	S. P. Renée	F.	52 ans	Mélancolie anxieuse	Décès	129 j.	21 E. C.	3e accès. Décédée subitement 1 h. 1/2 après le dernier choc.
2	L. M. Marie	F.	44 ans	Mélancolie anxieuse	Améliorée	58 j.	10 E. C.	1er accès. Pas de rechute depuis 3 ans.
*3	A. B. Charlotte	F.	55 ans	P. I. Dépression mélancolique	Guérie	35 j.	7 E. C.	Une rechute 2 mois après.
*4	—	—	—	— —	Guérie	111 j.	5 E. C.	Plus de rechute.
5	T. M. Marie	F.	26 ans	Dépression mélancolique	Guérie	29 j.	7 E. C.	1er accès sans rechute.
6	G. C. Joséphine	F.	56 ans	Mélancolie anxieuse	Guérie	34 j.	9 E. C.	1er accès sans rechute.
7	G. G. Marie	F.	69 ans	Mélancolie anxieuse	Guérie	39 j.	6 E. C.	1er acc., légère rechute chez elle vite guérie.
8	J. S. Juliette	F.	42 ans	Mélancolie anxieuse	Guérie	56 j.	12 E. C.	1er accès. Pas de rechute.
9	S. Vitaline	F.	20 ans	Dépression mélancolique	Guérie	42 j.	6 E. C.	1er accès, sans rechute.
*10	L. Marthe	F.	53 ans	P. M. D. Mélancolie	Guérie	141 j.	2 E. C.	5e accès, 1er choc 68 j. après entrée. 2 rechutes ultérieures.
*11	—	F.	55 ans	— —	Guérie	40 j.	5 E. C.	6 accès. Rechute 4 mois 1/2 après.
*12	—	F.	—	— —	Guérie	62 j.	8 E. C.	1er accès. Plus de rechute depuis 8 mois.

N°	Sujets	S	Age	Diagnostic	Sortie	Séjour	Traitem.	
13	G. P. Madeleine	F.	37 ans	Mélancolie anxieuse hypoc.	Guérie	16 j.	4 E. C.	1er accès. Pas de rechute.
14	P. L. Germaine	F.	52 ans	Mélancolie intermittente	Guérie	19 j.	5 E. C.	Plusieurs accès ant. Pas de rechute.
15	Sd. Yvonne	F.	42 ans	Dépression mélancolique	Guérie	75 j.	7 E. C.	1er accès évoluant depuis 7 mois avant son entrée. Pas de rechute.
*16	R. D. Modeste	F.	54 ans	Dépression mélancolique	Même état	18 j.	3 E. C.	Revient 4 mois 1/2 plus tard.
*17	—	F.	—	et idées hypocondriaques	Guérie	47 j.	7 E. C.	Pas de rechute.
18	P. Denise	F.	22 ans	Mélancolie	Guérie	63 j.	5 E. C.	1er accès sans rechute.
19	D. C. Julia	F.	57 ans	Mélancolie anxieuse	Guérie	11 j.	1 E. C.	1er accès sans rechute.
20	G. R. Henriette	F.	44 ans	Dépression mélancolique	Guérie	65 j.	6 E. C.	1er accès pas de rechute.
*21	M. C. Marie	F.	53 ans	P. I. mélancolie	Guérie	43 j.	8 E. C.	Rechute 1 an et 3 mois après.
*22	—	—	54 ans	— —	Guérie	49 j.	10 E. C.	Plus de rechute.
23	P. G. Albertine	F.	61 ans	Mélancolie	Guérie	42 j.	2 E .C.	1er accès sans rechute malgré un cœur défectueux.
24	L. Albert	H.	39 ans	Dépression mélancolique	Guéri	16 j.	3 E. C.	1er accès sans rechute.
25	B. Albert	H.	50 ans	— —	Guéri	18 j.	3 E. C.	1er accès sans rechute.
26	D. Eugène	H.	68 ans	Dépression mélancolique	Guéri	20 j.	4 E. C.	1er accès sans rechute.
27	L. Paul	H.	44 ans	Mélancolie anxieuse	Guéri	24 j.	4 E. C.	1er accès sans rechute.
28	G. Henri	H.	38 ans	Dépression mélancolique	Guéri	39 j.	4 E. C.	1er accès sans rechute.
29	G. Pierre	H.	26 ans	Mélancolie anxieuse	Guéri	47 j.	6 E. C.	1er accès sans rechute.
30	B. Maurice	H.	52 ans	Mélancolie anxieuse	Guéri	227 j.	1 E. C.	1er accès sans rechute. T. A. 20,5/11. Tachycardie.
31	R. M. Angèle	F.	64 ans	Mélancolie anxieuse	Guérie	218 j.	11 E. C.	1er accès sans rechute.
32	M. D. Léa	F.	52 ans	Mélancolie	Améliorée	38 j.	6 E. C.	1er accès sans rechute.
33	M. F. Marie	F.	57 ans	Mélancolie anxieuse	Améliorée	205 j.	11 E. C.	1er accès sans rechute. Fracture du col, interrup. traitement pendant 5 mois.
34	V. R. Marie	F.	65 ans	Mélancolie anxieuse	Guérie	97 j.	14 E. C.	1er accès sans rechute.
35	P. F. Marie	F.	55 ans	Dépression mélancolique	Améliorée	81 j.	7 E. C.	1er accès sans rechute.
36	D. M. Marie	F.	29 ans	Mélancolie anxieuse	Guérie	518 j.	10 E. C.	1er accès sans rechute. Trait. commencé 13 mois après l'entrée.
37*	B. B. Marie-L.	F.	60 ans	Mélancolie intermittente	Améliorée	86 j.	14 E. C.	Rechute 23 jours après. C'était le 3e accès.
38*	—	—	—	— —	Améliorée	58 j.	3 E. C.	Rechute 9 jours après sortie.
39*	—	—	—	— —	Améliorée	102 j.	2 E. C.	Rechute 4 jours après sortie.
40*	—	—	—	— —	Echec	Echec	2 E. C.	Echec.
41*	T. V. Isabelle	F.	57 ans	Mélancolie anxieuse	Guérison	35 j.	9 E. C.	Rechute 43 j. après la sortie. 2 accès ant. Depuis amélioration puis rechute. Echec

CHAPITRE PREMIER

Étude sur la durée de séjour des accès maniaques et mélancoliques.

Cette étude est basée sur la comparaison de la durée de séjour des accès maniaques et mélancoliques non traités avec la durée de séjour des accès maniaques et mélancoliques traités par l'électro-choc.

Avant que de commencer cette étude nous voulons dire rapidement selon quelles conditions nous l'avons envisagée.

DÉFINITION

Comment avons-nous évalué la durée d'un accès ?

Envisageons le cas où une même malade entre pour plusieurs accès dans un même tableau :

1° Si chaque accès survient après une sortie suffisamment longue (plusieurs mois), nous considérons qu'il s'agit d'accès bien distincts et comptons la durée de chaque séjour séparément pour le calcul de notre moyenne ;

2° Si chaque accès survient après une sortie de peu de durée (quelques jours), nous considérerons qu'il s'agit d'un seul accès, non guéri lors de sorties antérieures et calculons la durée de l'accès du jour de l'entrée pour le premier accès, au jour de sortie du dernier accès, englobant ainsi les quelques jours que le malade a passés au sein de sa famille dans la durée totale de l'accès.

Quant aux malades n'ayant présenté qu'un accès qui soit relevé dans nos tableaux, la durée de séjour part de l'entrée à la sortie.

De quels accès avons-nous évalué la durée ?

Nous avons pris pour chaque tableau la durée des accès terminés par la guérison ou une amélioration telle qu'il ne s'est pas produit de rechute rapide après la sortie.

Cela nous a donc conduit à éliminer :

1° Les accès terminés par la mort, mort subite, mort après une longue évolution vers l'affaiblissement intellectuel (malades étant restés 9, 10, 11 ans et même plus, dans les services comme il est facile de le remarquer en jetant un simple coup d'œil sur les tableaux A et B) ;

2° Les accès présentés par des malades que la famille a retirés malgré l'avis médical défavorable, non guéris ou insuffisamment améliorés. La durée de séjour de ces accès est trop inférieure à la durée de séjour qu'ils nécessitaient réellement et si nous les retenions, notre moyenne ne donnerait plus un reflet suffisamment exact de la vérité ;

3° De même, nous ne pouvons retenir les accès qui ont évolué vers la guérison ou une amélioration suffisante pour permettre la sortie, en neuf, dix et même onze années. De tels cas sont peu nombreux, mais inscrits dans notre statistique, ils modifieraient profondément la durée moyenne du séjour d'un accès maniaque ou mélancolique non traité par la convulsivothérapie électrique. C'est le cas, par exemple, de Mme C.... C. Ernestine (N° 55 du tableau A). En 1923, première admission avec le diagnostic d'état maniaque, psychose périodique. Cette malade sort guérie en 1924, après un séjour de 207 jours (soit près de 7 mois). Trois années et 3 mois après sa sortie, nouvel accès maniaque ; cette fois, elle sort guérie au bout de 1 année et 3 mois 1/2, pour revenir un peu moins de 4 années après avec un nouvel accès maniaque. Cette fois, c'est seulement au bout de 10 ans et 2 mois qu'elle sort guérie pour ne plus revenir.

Le cas de M. V... Henri (N° 20 du tableau A) est absolument identique à ce précédent. Sa troisième admission dura 8 ans, 9 mois et il sortit guéri après avoir présenté pendant 7 ans et demi accès sur accès.

En opérant de cette façon, qui nous semble être la plus objective, nous ne pouvons favoriser en aucune manière les résultats obtenus par l'électro-choc ;

4° Toujours pour les mêmes raisons, nous n'avons pas tenu

compte de malades sortis guéris très longtemps après la guérison clinique de l'accès pour une raison ou pour une autre ;

5° Nous n'avons pas retenu également les accès traités par E.-C. très longtemps après l'entrée. La durée de séjour aurait été considérablement diminuée si le traitement avait pu être commencé plus tôt.

Le séjour de chaque accès a été calculé en jours de présence afin de donner plus de précision dans le calcul de la durée moyenne. Cette dernière, obtenue en jour est transformée en mois ou semaines, forme sous laquelle on apprécie mieux la valeur du temps, sept mois nous dit plus que 213 ou 214 jours.

RÉSULTATS OBTENUS

Relevé des accès et des temps de séjour.

I. — *Accès maniaques non traités par E.-C.* (du tableau A)

Nous mettons entre parenthèse le numéro d'ordre du tableau.

1	(1)	B. G. Manie confuse,	sortie très améliorée,		259 j
2	(3)	V. Henri. P. M. D. Manie,	—	guéri	665 j.
3	(4)	L. Georges. Etat maniaque,	—	—	126 j.
4	(5)	M. P. P. Accès maniaque,	—	—	211 j.
5	(6)	L. B. Rosalie. Manie confuse,	—	—	405 j.
6	(7)	G. P. P. Manie intermittente,	—	—	744 j.
7	(8)	G. P. Manie intermittente,	—	—	636 j.
8	(10)	K. D. P. M. D. Manie intermittente,	—	—	86 j.
9	(11)	B. T. P. M. D. Manie intermittente,	—	—	234 j.
10	(12)	C. P. P. M. D. Manie intermittente,	—	—	37 j.
11	(13)	B. Joseph. P. M. D. Manie aiguë,	—	—	95 j.
12	(14)	C. R. P. M. D. Manie aiguë,	—	—	140 j.
13	(15)	D. B. P. M. D. Etat maniaque,	—	—	95 j.
14	(19)	S. André. Manie confuse,	—	—	236 j.
15	(22)	L. Jean. Accès maniaque,	—	—	81 j.
16	(23)	D. Accès maniaque,	—	—	16 j.
17	(24)	S. Accès maniaque,	—	—	161 j.
18	(25)	G. S. P. M. D. Manie improductive,	—	—	202 j.
19	(26)	B. Manie confuse,	—	—	312 j.
20	(29)	M. Albert. P. M. D. Manie aiguë	—	—	75 j.
21	(33)	L. B. Rosalie. P. P. Manie intermit.,	—	—	290 j.
22	(34)	D. Suzanne. P. P. Manie aiguë,	—	très améliorée,	279 j.
23	(35)	M. P. P. Manie aiguë,	—	guéri,	404 j.
24	(36)	B. P. P. Manie aiguë,	—	—	648 j.

25 (38)	C. D. Accès maniaque,	—	—	149 j.
26 (39)	B. Accès maniaque,	—	—	82 j.
27 (41)	S. C. Accès maniaque,	—	très amélioré,	143 j.
28 (43)	L. L. Accès maniaque,	—	—	287 j.
29 (44)	B. Joseph. P. M. D. Manie	—	guéri,	88 j.
30 (45)	V. Manie aiguë,	—	améliorée,	146 j.
31 (46)	F. S P. M. D. Manie,	—	guérie,	40 j.
32 (48)	C. Accès maniaque,	—	—	106 j.
33 (50)	M. Maria Accès maniaque	—	—	26 j.
34 (51)	G. S. P. M. D. Etat maniaque,	—	très améliorée,	214 j.
35 (52)	L. Berthe. Manie confuse,	—	guérie,	205 j.
36 (56)	B. R. P. M. D. Etat maniaque,	—	—	233 j.
37 (57)	B. Edouard. P. M. D. Etat maniaque,	—	—	249 j.
37 accès pour une durée de séjour total de.....				8.365 j.

Soit une durée moyenne pour chaque accès de 226 j. ou de 7 mois 2 semaines ou encore 32 semaines.

II. — *Accès mélancoliques non traités par E. C.* (du tableau B).

1 (4)	B. L. P. M. D. Mélancolie anxieuse,	sortie	guérie,	73 j.
2 (9)	M. M. Mélancolie délirante,	—	très améliorée	354 j.
3 (11)	Z. R. Mélancolie délirante,	—	—	188 j.
4 (12)	G. P. Mélancolie stuporeuse,	—	—	154 j.
5 (13)	A. P. M. D. Mélancolie intermit.,	—	guéri	63 j.
6 (16)	A. Mélancolie délirante,	—	—	92 j.
7 (17)	D. V. Mélancolie stuporeuse,	—	—	741 j.
8 (18)	L. Mélancolie stuporeuse,	—	—	26 j.
9 (19+21)	F. q. Mélancolie anxieuse,	—	—	263 j.
10 (20)	C. M. Mélancolie anxieuse,	—	guérie	52 j.
11 (28)	L. J. Mélancolie anxieuse,	—	—	35 j.
12 (29)	B. Louise. P. M. D. Etat mélancol.	—	—	50 j.
13 (32)	A. Mélancolie,	—	améliorée,	66 j.
14 (34)	G. Mélancolie délirante et anxieuse,	—	guérie,	1.109 j.
15 (36)	R. Mélancolie stuporeuse,	—	—	60 j.
16 (37)	B. Mélancolie confusionnelle,	—	—	105 j.
17 (38)	S. P. Mélancolie confusionnelle,	—	améliorée,	62 j.
18 (39)	C. Mélancolie confusionnelle,	—	—	182 j.
19 (40)	L. J. Mélancolie confusionnelle,	—	guérie,	112 j.
20 (42)	T. V. Isab. P. M. D. Mélancolie,	—	—	212 j.
21 (43)	M. B. Mélancolie délirante,	—	—	59 j.
22 (44)	B. B. Mélancolie délirante,	—	très améliorée,	118 j.
23 (45)	R. Louis. Dépression mélancolique,	—	guéri,	28 j.
24 (48)	M. B. P. P. Mélancolie,	—	—	126 j.
25 (50)	D. C. Mélancolie anxieuse et délir.,	—	—	124 j.
26 (51)	F. B. Mélancolie anxieuse,	—	—	37 j.
27 (53)	M. B. P. P. Mélancolie,	—	très améliorée,	123 j.

28	(55)	B. Maur. Dépression mélancolique,	—	guéri,	22 j.
29	(56)	D. Dépression mélancolique,	—	—	78 j.
30	(58)	D. C. Mélancolie anxieuse,	—	—	257 j.
31	(59)	L. P. Accès mélancolique,	—	—	188 j.
32	(62)	N. C. Mélancolie,	—	améliorée,	28 j
32 accès pour une durée totale de					5.187 j.

Soit une durée moyenne pour chaque accès de 162 j. ou 5 mois 1 semaine ou encore 23 semaines.

III. — *Accès maniaques traités par Electro-choc* (tableau C)

1	(1)	P. Albert. P. P. Manie aiguë,	sorti	guéri,	18 j.
2	(2)	M. Emile. Manie aiguë,	—	—	117 j.
3	(3-4-5)	T. V. Armand. P. I. Etat maniaq.,	—	—	141 j.
4	(6)	L. J. Marie. Manie confuse,	—	—	213 j.
5	(7)	M. F. Ernest. Etat maniaque. P. I.,	—	—	164 j.
6	(8)	L. T. J. Yvonne. Etat maniaq. P. I.,	—	—	64 j.
7	(9)	P. B. Eugénie. P. I. Etat manique,	—	—	30 j.
8	(10)	D. Georgette. Manie aiguë,	—	—	73 j.
9	(11)	B. Baptiste. P. P. Etat manique,	—	—	101 j.
10	(12)	B. Baptiste. P. P. Etat maniaque,	—	—	96 j.
11	(13)	B. Baptiste. P. P. Etat maniaque,	—	—	9 j.
12	(14)	J. Henri. P. M. D. Etat maniaque,	—	—	89 j.
13	(15)	D. O. Hélène. Accès maniaque,	—	amélioré,	45 j.
14	(16)	K. Georges. P. I. Accès maniaque,	—	guéri,	13 j.
15	(17)	P. Odette. P. P. Accès maniaque,	—	—	64 j.
16	(18)	P. Odette P. P. Accès maniaque,	—	très améliorée,	210 j.
17	(19)	M. Germaine. Manie aiguë,	—	guérie,	20 j.
18	(20)	B. Jacques. Manie aiguë,	—	—	33 j.
19	(21)	L. G. Marie-Louise. Manie confuse,	—	très améliorée,	32 j.
20	(25)	M. L. Madeleine. Accès maniaque,	sortie,	guérie,	145 j.
21	(26)	D. C. Louise. P. M. D. Manie aiguë,	—	améliorée,	45 j.
22	(27)	M. Mad. Accès maniaque chez une débile,	—	guérie,	146 j.
22 accès pour une durée totale de					1.867 j.

Soit une durée de séjour moyenne de 85 jours ou 12 semaines.

IV. — *Accès mélancoliques traités par Electro-choc* (tableau D)

1	(2)	L. M. Marie. Mélancolie anxieuse.	sortie,	améliorée,	58 j.
2	(3)	A. B. Ch. P. I. Dépression mélanc.,	—	guérie,	35 j.
3	(4)	A. B. Ch. Dépression mélanc.,	—	—	111 j.
4	(5)	T. M. Marie. Dépression mélanc.,	—	—	29 j.
5	(6)	G. C. Joséphine. Mélancolie anxieuse	—	—	34 j.

6	(7)	G. C. Marie. Mélancolie anxieuse,	—	39 j.
7	(8)	J. S. Juliette. Mélancolie anxieuse,	—	56 j.
8	(9)	S. Vitaline. Dépression mélancolique	—	42 j.
9	(10)	L. Marthe. P. M. D. Mélancolie,	—	143 j.
11	(12)	L. Marthe. P. M. D. Mélancolie,	—	40 j.
10	(11)	L. Marthe.P. M. D. Mélancolie,	—	62 j.
12	(13)	G. C. Madeleine. Mélancolie anxieuse hypocondriaque,	—	16 j.
13	(14)	P. L. Germ. Mélancolie intermit.,	—	19 j.
14	(15)	S. S. Yvonne. Dépression mélanc.,	—	75 j.
15	(17)	R. O. Modeste. Dépression mélancolique hypocondriaque,	—	47 j.
16	(18)	P. Denise. Mélancolie,	—	63 j.
17	(19)	D. L. Julia. Mélancolie anxieuse,	—	11 j.
18	(20)	G. R. Henriette. Dépression mélanc.,	—	65 j.
19	(21)	M. C. Marie. P. I. Mélancolie,	—	43 j.
20	(22)	M. C. Marie. P. I. Mélancolie,	—	49 j.
21	(23)	P. G. Albertine. Mélancolie,	—	42 j.
22	(24)	L. Albert. Dépression mélancolique,	—	16 j.
23	(25)	B. Albert. Dépression mélancolique,	—	18 j.
24	(26)	D. Eugène. Dépression mélancolique,	—	20 j.
25	(27)	T. Paul. Mélancolie anxieuse,	—	24 j.
26	(28)	G. Henri. Dépression mélancolique,	—	39 j.
27	(29)	G. Pierre. Mélancolie anxieuse,	—	47 j.
28	(30)	B. Maurice. Mélancolie anxieuse,	—	227 j.
29	(31)	R. M. Angèle. Mélancolie anxieuse,	—	218 j.
30	(32)	M. D. Léa. Mélancolie,	améliorée,	38 j.
31	(35)	M. F. Marie. Mélancolie,	—	81 j.
32	(34)	V. R. Marie. Mélancolie anxieuse,	guérie,	97 j.
32		accès pour une durée totale de séjour de.....		1.895 j.

ce qui représente une durée moyenne de séjour de 59 jours ou encore 8 semaines et demie.

Nous obtenons donc, en résumé, les moyennes suivantes (1) :

— Accès maniaques non traités. Durée moyenne de l'accès : 32 semaines.
— Accès maniaques traités par E. C. Durée moyenne de l'accès : 12 semaines.
— Accès mélancoliques non traités. Durée moyenne de l'accès : 23 semaines.
— Accès mélanc. traités par E. C. Durée moyenne de l'accès : 8 semaines.

Que signifient pour nous ces résultats ?

La durée moyenne d'un accès maniaque est donc portée à 12 semaines par le traitement de choc électrique au lieu de

(1) — M. P. Cossa dans son *Traité de thérapeutique des maladies mentales* dit : « Au total un accès mélancolique a 9 chances sur 10 de céder en 3 à 6 semaines au lieu de durer 10 à 40 mois. Un accès maniaque a 7 ou 8 chances sur 10 de guérir dans le même laps de temps. »

32 semaines lorsque la convulsivothérapie n'existait pas encore, ce qui représente un raccourcissement de 20 semaines (soit un gain sur la durée du séjour de 62, 5 %).

En ce qui concerne l'accès mélancolique, la durée moyenne du séjour est portée, à 8 semaines au lieu de 23 semaines par le seul traitement à l'électro-choc soit un gain de 15 semaines (ou, en pourcentage, de 65 %).

La pratique de l'électro-choc dans le traitement de la psychose maniaco dépressive, a une influence heureuse sur les accès dont elle raccourcit la durée de séjour de plus de la moitié.

Quelques cas particuliers :

Nous avons pensé qu'il ne serait pas inutile de rapporter ici très succinctement quelques cas particuliers qui nous semblent convaincants. Il est évident que les accès mis en comparaison dans notre exposé, ne sont pas forcément comparables entre eux, puisqu'ils sont présentés par des malades différents. Certains font habituellement des accès courts, d'autres, au contraire, des accès longs. Nous avons réuni quelques cas de malades ayant présenté plusieurs accès et dont le ou les derniers, furent traités par électro-choc. Les accès seront ainsi plus comparables entre eux puisque présentés par une même malade. Nous n'avons pu malheureusement réunir que peu de cas.

1° *L... G. Marie-Louise* (21 C). Cette malade a présenté un premier accès maniaque et est sortie non guérie au bout de 182 jours. Elle guérit chez elle et le deuxième accès, 16 mois plus tard ne nécessite que 61 jours de présence dans le Service pour guérir. 69 mois après, cette femme présente un troisième accès qui, avec 5 chocs, guérit en 32 jours seulement, soit à peine la moitié de la durée du deuxième accès non traité.

2° *P... B. Eugénie* (9 C). Le troisème accès maniaque présenté par cette malade guérit en 30 jours avec 10 E.-C. alors que les deux précédents avaient duré respectivement 81 jours et 79 jours soit un raccourcissement de la durée de 3/5e environ.

3° *R... Modeste* (13 C.). Cet homme a présenté également 3 accès maniaques de courte durée dont le dernier seulement a été traité par choc électrique. Les 2 premiers ont nécessité un internement de 29 et 19 jours chacun, alors qu'un seul choc pour le dernier permit la sortie en 9 jours.

4° *B. Baptiste* (11 et 12 C.). — Accès maniaque lui aussi. A son actif deux accès non traités ayant duré respectivement 77 et 63 jours et deux accès traités chacun par 3 E.-C. dont la durée d'internement s'élève à 101 jours et à 95 jours. Avec ce malade le traitement n'a pas raccourci le temps de séjour en apparence du moins. La guérison clinique a été assez rapide en réalité, mais il fut gardé assez longtemps dans le Service après cette guérison dans la crainte d'une rechute rapide qui ne s'est d'ailleurs pas produite.

5° *Madame T... V. Armande* (3-4-5 C et 41 B). — Les trois premiers accès (mélancoliques) présentés par cette femme n'ont pas été traités. Ils ont nécessité respectivement un séjour de 15 mois, 3 mois et 2 mois. Les trois derniers n'ont demandé que 31 jours, 36 jours et 50 jours pour permettre la sortie.

Ces cinq cas confirment bien dans leur ensemble, l'action de l'électro-choc sur la durée de séjour des accès de la psychose maniaco dépressive.

Nos résultats sont loin d'être exagérés, au contraire, puisque pour calculer la moyenne de durée d'un accès maniaque ou mélancolique non traité par l'électro-choc, nous avons éliminé tous les accès, guéris après seulement de longues années. Cette durée moyenne des accès antérieurs à l'E.-C est donc plutôt avantageuse pour eux. D'un autre côté, nous gardons les malades traités par l'E.-C. et dont le milieu familial paraît déficient, jusqu'à ce que la guérison paraisse vraiment stable, c'est-à-dire environ deux semaines après la guérison réelle de l'accès, ce qui fait que la durée moyenne des accès traités électriquement est plutôt majorée. Nos malades ne sont pas des malades de service ouvert et il est évident qu'une statistique où n'entrerait que des cas de malades traités en service ouvert, donnerait des temps de séjour inférieurs aux nôtres. Souvent aussi nos malades ont été soignés assez longtemps par le médecin praticien et, ce n'est qu'après échec de la thérapeutique de ce dernier ou aggravation de leurs cas, qu'ils nous sont envoyés. Or, les accès traités dès le début (il est fréquent de lire dans nos observations : malade soigné déjà deux mois, et souvent plus) réagissent bien mieux au choc et le fait d'avoir la plupart du temps à traiter des malades dont l'accès remonte à plusieurs mois est un handicap de plus pour l'électro-choc. Malgré cela, il est indiscutable que la convulsivothérapie électrique raccourcit la durée des accès maniaques et mélancoliques (de la P. M. D). d'une façon considérable puisqu'il est de l'ordre, d'après notre travail de 20 semaines pour les accès maniaques et de 15 semaines pour les mélancoliques.

L'action sur la durée de séjour des deux sortes d'accès est sensiblement la même et nous ne pensons pas que l'E.-C. ait une action plus élective sur une forme que sur une autre. Il est à remarquer que les accès maniaques nécessitent toujours une durée de séjour plus longue que les accès mélancoliques. Nous verrons plus loin qu'ils nécessitent aussi, en moyenne plus de chocs que les accès mélancoliques et qu'ils ont tendance à récidiver plus facilement.

Quelques avantages obtenus par le raccourcissement de la durée des accès de la P. M. D.

Ainsi que nous le disions lors de l'exposé de notre mode de travail, nous envisageons ces avantages à un quadruple point de vue.

En premier, car c'est lui qui doit avant tout intéresser le médecin : *le malade*. Il est évident que le malade a intérêt à ce que l'accès qu'il présente soit guéri 3 fois plus rapidement tant au point de vue personnel du malade, qu'à son point de vue pécuniaire. Mais il est d'autres services bien plus grands que l'E.-C. rend au malade en abrégeant aussi considérablement la durée de ses accès ; et ces services le médecin est seul à pouvoir s'en rendre compte :

a) Tout d'abord, par son action rapide sur l'accès tant maniaque que mélancolique, l'E.-C. empêche le malade de s'affaiblir intellectuellement, d'évoluer vers la chronicité. C'était, comme nous le verrons plus loin, l'évolution de bien des malades avant l'avènement de ce nouveau traitement. Gros avantage donc pour le malade qui voit son accès guérir presqu'à coup sûr et qui ne risque pour ainsi dire plus de terminer ses jours à l'Asile après de longues années d'hospitalisation ;

b) L'électro-choc empêche aussi le malade de s'affaiblir physiquement. Nombre de malades mouraient en effet de cachexie motivée par leur refus d'aliments et contre lequel la sonde ne pouvait lutter victorieusement. Or, le refus d'aliments ne résiste pas à l'électro-choc et les services de psychiatrie en voient leur aspect profondément modifié. Une des occupations principales de l'interne consistait à passer la sonde à deux ou trois malades régulièrement deux fois par jour et les mois qui passaient sans avoir de sonde à mettre étaient rares. Pour nous qui sommes internes dans le même Service depuis trois années, nous n'avons vu que trois malades à qui l'on dut passer la sonde, et cela pendant peu de temps. La troisième de ces malades s'est alimentée d'elle-même

dès le deuxième choc et sans qu'il soit nécessaire d'en faire d'autres. Donc un risque de mort en moins pour le malade ;

c) Un autre danger se trouve également éliminé grâce à l'action de l'électro-choc sur les symptômes des accès mélancoliques. Nous voulons parler du suicide que certains mélancoliques, internés, arrivaient à tenter et même à réussir. Témoin cette malade qui réussit à mettre fin à ses jours par strangulation au moment même de la visite et sans que l'attention fut attirée sur elle. Des cas semblables ne sont d'ailleurs pas rares. Depuis l'application de l'électro-choc les idées de suicide sont vite jugulées et la vie du malade y trouve une autre garantie ;

d) Le malade qui a passé à peine deux mois à l'hôpital se réadapte beaucoup plus facilement et plus vite, lors de sa sortie que s'il y passe six mois ou un an. Il est possible par ailleurs, que cette réadaptation plus facile du malade dans le milieu familial et social lui évite une rechute dans les jours qui suivent la sortie. Nous pensons personnellement que cette réadaptation peut avoir un rôle effectif en tant que facteur occasionnel des rechutes précoces lorsqu'elle se fait mal. Nous avons d'ailleurs dans notre étude, un chapitre consacré aux rechutes.

e) Certains malades dont l'accès évoluait pendant de longs mois sur un fonds de débilité marquée, finissaient par prendre une « teinte asilaire » qui rendait leur sortie impossible. Dès le premier accès, s'il durait tant soit peu longtemps, ils se trouvaient enracinés, intégrés à l'asile même, ils devenaient inadaptables à la société. L'électro-choc en raccourcissant aussi notablement la durée des accès empêche le débile de s'incruster définitivement dans l'asile. Nous avons pu réunir deux cas de malades, gros débiles l'un et l'autre, et ayant présentés tous les deux un accès maniaque. Le premier de ces deux malades était antérieur de plusieurs années à l'électro-choc, l'autre a été traité dès le début par cette méthode.

Observation de M. R... Jean-Louis

(N° 31 au tableau A).

Ce malade a 48 ans lorsqu'il entre en 1929 dans le service des hommes avec le diagnostic de psychose maniaco dépressive. Il présente pour la première fois un état maniaque typique avec euphorie, gesticulations, loquacité, fuite des idées. De plus c'est un gros débile. Il n'a aucun traitement, si ce n'est quelques calmants et son accès évolue lentement vers la guérison. Un an et 3 mois après l'entrée, l'accès est cliniquement terminé. Mais alors qu'il est calme et qu'il s'occupe à divers travaux,

jamais il ne demande sa sortie. Depuis 14 annnées qu'il est ici, il n'a jamais une seule fois manifesté le désir de quitter l'asile. Son accès guéri, R... était devenu inadaptable à la société.

Observation de Mlle M... Madeleine

(N°27 du tableau C).

Agée de 20 ans, Madeleine entre dans le service pour un état maniaque évoluant sur un fond de débilité mentale (voisine de l'imbécilité note le certificat de quinzaine). Loquacité, turbulence, euphorie, fuite des idées elle aussi. Son cas est bien comparable au précédent, mais alors que ce dernier avait évolué sans traitement, Madeleine bénéficie d'une première série de six chocs, le premier dès le lendemain de son entrée et les suivants tous les deux jours. Cette première série l'améliore considérablement et Madeleine ne présente plus qu'un état hypo-maniaque la rendant supportable. Cet état ne manifestant aucune tendance à s'amender naturellement, elle bénéficie un mois après le dernier choc, d'une nouvelle série de cinq chocs au même rythme. L'hypomanie disparaît alors rapidement et M... revient à sa normale. Nous la gardons encore un mois en observation, puis sa sortie est décidée. La réadaptation, après un séjour de moins de 5 mois dans le Service, a pu se faire faciiement et son comportement est resté normal.

N'est-on pas en droit de penser que, sans le concours de l'électrochoc, cette malade aurait comme R..., pris racine à l'asile ! Et c'est là un succès à mettre au compte de notre appareil, qui n'a pas fait que guérir l'accès, mais qui a aussi permis la sortie de la malade.

f) Enfin il était fréquent que la famille du malade, soit qu'elle se lassât, soit que les frais occasionnés par une longue hospitalisation lui fussent trop lourds, retirait ce dernier non guéri et malgré l'avis médical défavorable. Qu'arrivait-il alors ? C'est que le malade, qui avait par exemple, conservé intactes ses idées de suicide, profitait de la surveillance beaucoup plus lâche qui lui était offerte dans sa famille, pour mettre ses projets à exécution. Ces cas ne sont pas rares et nous en trouvons 2 dans notre tableau B. Mme M. C..., âgée de 69 ans (N° 10 B.) Entrée pour accès de mélancolie intermittente, elle fut retirée par sa famille 2 mois 1/2 après, alors que son état n'avait encore subi aucun changement. Cette malade réussit à se noyer quelques jours après son retour dans sa famille.

Un autre cas est celui de Mme B. F..., 45 ans, mélancolique dont l'état présentait une amélioration légère lorsque son mari la retira au bout de 3 mois et demi, malgré les conseils du médecin. Elle mit fin à ses jours, peu de temps après sa sortie en se pen-

dant. Depuis que nous pratiquons le traitement de choc électrique, nous n'avons jamais vu de cas analogue se produire. Les familles constatent lors de chaque visite les progrès réalisés et sont bien moins tentées de retirer leur malade avant guérison complète, ce qui est une garantie de plus pour la vie du malade.

g) Enfin, l'électro-choc, d'un maniement simple et efficace, est très facilement accepté par les malades si l'on en juge par le nombre de ceux qui demandent spontanément le traitement. Ils ne conservent aucun souvenir désagréable du traitement et constatent avec satisfaction leur amélioration et leur guérison.

L'électro-choc fait également bénéficier les malades d'un service beaucoup plus calme que par le passé. Il supprime en effet, très rapidement l'agitation, l'insomnie, la logorrhée, les plaintes et a changé considérablement l'aspect des services. Ce plus grand calme des services ne peut être qu'un bienfait pour les malades. Il suffisait souvent qu'une malade s'agite pour que bientôt deux, trois ou quatre autres s'agitassent à leur tour. Cette action symptomatique ne peut qu'aider à amener une guérison plus rapide.

La famille du malade. — Avantages pécuniaires tout d'abord dont la première conséquence est que la famille hésite moins à envoyer son malade à l'asile au lieu de le garder le plus longtemps possible et de le retirer avant guérison complète.

Le malade restant bien moins longtemps hospitalisé, la famille garde plus facilement intacte sa place au foyer, ce qui permet une réadaptation plus facile du malade lors de sa sortie.

Nous pensons par ailleurs que l'électro-choc est un bon point dans la lutte contre les préjugés sur la « folie ». Les maladies mentales, deviennent des maladies comme les autres, et l'asile un hôpital comme un autre d'où l'on sort guéri.

L'administration. — Au premier abord, il ne paraît pas logique que l'administration d'un asile puisse considérer comme un avantage le fait de diminuer la durée de séjour de nombreux malades. En réalité, comme après toutes les guerres, le nombre des entrées augmente considérablement (il est passé de 139 en 1944 à 197 en 1945 pour l'hôpital P. S. de l'Orne) et il est possible, grâce à ce raccourcissement de la durée de séjour, d'éviter un encombrement des services qui aurait été inévitable autrement. Le roulement est plus important et nécessite moins de lits (gros avantage pour l'H. P. de l'Orne qui a perdu tout un bâtiment sous les bombardements et dont deux pavillons sont réquisitionnés).

La pratique de l'électro-choc diminue aussi les frais d'entretien et de traitement. Les malades restant peu de temps agités ne dé-

chirent pour ainsi dire plus de linge et ne cassent plus de carreaux. D'autre part, leur état ne nécessite que peu de médicaments et la consommation d'opium, de belladone, de barbiturique et des calmants en général s'en trouve considérablement diminuée. L'amortissement de l'appareil est ainsi vite réalisé et le traitement par la suite ne revient à presque rien.

Nous devons tous ces avantages à l'électro-choc, et sans doute ne sommes-nous pas complet dans l'énumération des services qu'il rend.

CHAPITRE DEUXIÈME

Du nombre des guérisons obtenues avec l'E.-C. dans la P. M. D.

Nous venons de constater que le traitement par l'E.-C. raccourci la durée de séjour des accès de la P. M. D... Nous nous proposons maintenant d'étudier si le traitement a aussi une influence sur le nombre des cas guérissants, en comparant le nombre des cas, qui guérissaient avant, au nombre de cas guérissant maintenant.

Comment avons-nous établi cette comparaison ?

Nous avons fait pour cela dans chaque tableau le total des cas que nous appelons favorables et des cas que nous appelons défavorables. Nous dirons plus loin ce que nous entendons par cas favorables et défavorables... Nous transformons ensuite ce total en pourcentage afin de pouvoir comparer entre eux les résultats obtenus dans chaque tableau.

Qu'entendons-nous par :

Cas. — Dans ce chapitre nous considérons le cas et non l'accès, c'est-à-dire le malade. En conséquence, si un malade entre dans un même tableau pour plusieurs accès différents, il ne comptera que pour un seul cas dans notre statistique.

Cas favorables. — C'est le cas du malade qui est sorti guéri ou suffisamment amélioré pour ne pas rechuter de longtemps.

Cas défavorables. — C'est le cas du malade non guéri, de celui dont l'accès a évolué vers la manie dite chronique, l'affaiblissement intellectuel, celui dont les rechutes sont si rapprochées qu'elles ne permettent pas la sortie. C'est aussi le cas du malade sorti avec la

mention « même état » et dont le séjour a été sufffisamment long pour montrer sa tendance à évoluer dans le même sens que les cas précédents. Nous avons aussi considéré comme cas défavorable celui du malade sorti amélioré ou même guéri et ayant rechuté très vite pour ne plus sortir, et celui sorti amélioré, et qui s'est suicidé quelques jours après sa sortie montrant ainsi qu'il n'était pas guéri. Nous avons ainsi compté comme cas défavorable celui de R... Jean-Louis (31) dont nous avons rappelé l'observation plus haut. Nous avions tout d'abord pensé faire un pourcentage des cas guéris, améliorés et non guéris ainsi que nous voyons faire ordinairement dans les statistiques publiées. Mais en réalité, un cas amélioré doit forcément entrer dans la catégorie des cas guéris ou des non guéris, tout au moins en ce qui concerne la P. M. D. Il n'en serait pas de même si nous envisagions des cas de démence précoce par exemple ; dans ce cas, nous établirions un pourcentage des améliorations ou rémissions.

Nous avons d'ailleurs un moyen de suivre l'évolution de ces malades sortis améliorés ; dans ces cas, puisque ce ne sont pas des malades de service ouvert, nous les faisons sortir en congé de trois mois. Nous avons ainsi des renseignements sur l'état de santé de ces malades. Si l'amélioration devient guérison, la sortie définitive est prononcée. Dans le cas contraire, ils réintègrent le service. Aussi pouvons-nous conserver uniquement deux sortes de cas, les guéris et les non guéris que nous appelons aussi favorables et défavorables.

Devant les difficultés qui se présentent au moment d'interpréter le mode de sortie, nous avons été amené à ne pas tenir compte :

a) des malades retirés très tôt après leur entrée par la famille et dont nous n'avons pu par conséquent suivre l'évolution ;

b) des malades décédés peu après l'entrée : soit d'une maladie intercurrente, soit de mort subite ;

c) des malades décédés assez longtemps après leur admission d'une maladie intercurrente mais dont les accès précédents avaient duré plus longtemps que le dernier terminé par la mort. Nous ne pouvons savoir en effet si ce dernier accès n'aurait pas guéri comme les précédents. (Exemple, cas 53 du tableau A). Ce malade est décédé d'embolie 1 an et 2 mois après l'admission alors que le premier accès avait guéri en 2 ans et 1 mois.

RÉSULTATS

Nous présentons ci-après les relevés des cas favorables et des cas défavorables de chaque catégorie envisagée.

A) Manies non traitées par E. C.

(Tableau A.)

I. — *Relevé des cas favorables.*

1 (1)	Manie confuse,	sortie très améliorée,		sans rechute
2 (3-20)	P. M. D. Manie, suite de broncho-pneumonie).	—	guéri, (2 accès)	(mort par
3 (4)	Etat maniaque,	—	—	sans rechute
4 (5)	P. P. Etat maniaque,	—	—	—
5 (7)	P. P. Manie,	—	—	
6 (9)	P. M. D. Manie,	—	amélioré,	—
7 (11)	P. M. D. Manie,	—	guéri,	—
8 (12)	P. M. D. Manie,	—	—	—
9 (13-44)	P. M. D. Manie aiguë,	—	—	—
10 (14)	P. M. D. Manie,	—	—	—
11 (15)	P. M. D. Etat maniaque,	—	—	—
12 (18)	P. M. D. Etat maniaque,	—	—	—
13 (19)	Manie confuse,	—	—	—
14 (23)	Accès maniaque.	—	—	—
15 (24)	Accès maniaque,	—	amélioré,	—
16 (26-51)	P. M. D. Etat maniaque,	—	très amélioré,	—
17 (26)	Manie confuse,	—	guéri,	—
18 (29)	P. M. D. Manie aiguë,	—	—	—
19 (34)	P. P. Manie aiguë,	—	très amélioré,	—
20 (35)	P. P. Manie aiguë,	—	guéri,	—
21 (36)	P. P. Manie aiguë,	—	—	—
22 (38)	Accès maniaque,	—	—	—
23 (39)	Accès maniaque,	—	—	—
24 (41)	Accès maniaque,	—	très amélioré,	—
25 (43)	Etat maniaque,	—	— —	—
26 (45)	Manie aiguë,	—	— —	—
27 (46)	P. M. D. Manie,	—	guéri,	—
28 (48)	Etat maniaque,	—	—	—
29 (50)	Accès maniaque	—	—	—
30 (52)	Manie confuse	—	—	—
31 (55)	P. M. D. Manie,	—	—	—
32 (56)	P. M. D. Etat maniaque,	—	—	—
33 (57)	P. M. D. Etat maniaque,	—	—	—

ce qui représente 33 cas favorables.

II. — *Relevé des cas défavorables.*

1 (2) P. M. D. Manie aiguë, décès, évolut. manie chronique.
2 (6-33-53) P. M. D. Manie aiguë, non sortie, est toujours hypomaniaque.
3 (10-16) P. M. D. manie aiguë

4 (17) P. M. D. Etat maniaque, manie puis hypomanie. Décès.
5 (22,42) P. P. Manie, décès, même état maniaque persiste.
6 (27) Manie aiguë, décès, état démentiel post-maniaque.
7 (28) Manie confuse, décès, état démentiel post-maniaque.
8 (29) Etat maniaque, décès, manie chronique.
9 (31) P. P. Etat maniaque débile, non sorti, inadaptable à la vie extérieure.
10 (37) P. P. Etat maniaque, accès sur accès et hypomanie. Décès.
11 (40) P. P. Etat maniaque (sortie améliorée, est revenue peu après et reste toujours internée).
12 (47) Etat maniaque, reste hypomaniaque. Décès.
13 (54) Etat maniaque, non sorti, accès sur accès et affaiblissement intellectuel.

soit un total de 13 cas défavorables.

(Les résultats se traduisent par 72 % (par excès de cas favorables) contre 28 % de cas défavorables (par défaut).

B) **Mélancolies non traitées par Electro-choc.**

I. — *Relevé des cas favorables.*

1 (4-29) P. M. D. Mélancolie anxieuse, sortie guérie, rechute 4 ans plus tard.
2 (9) Mélancolie délirante, sortie, très amélioré, sans rechute
3 (11-27) Mélancolie délirante, sorti, amélioré, —
4 (12) Mélancolie stuporeuse, — amélioré, —
5 (13) P. M. D. Mélancolie intermit. — guérie, —
6 (16-32) Mélancolie délirante, — — —
7 (17) Mélancolie stuporeuse, — — —
8 (18) Mélancolie, — guéri, —
9 (19-21) Mélancolie anxieuse, — — —
10 (24-42) Mélancolie, sortie guérie, rechute plusieurs années (après guérie)
11 (28) Mélancolie, sortie, guérie, sans rechute
12 (34) Mélancolie délirante et anxieuse, — — —
13 (36) Mélancolie stuporeuse, — — —
14 (37) Mélancolie confuse, — — —
15 (38) Mélancolie, — améliorée, —
16 (39) Mélancolie, — — —
17 (40) Mélancolie, — guéri, —
18 (41) P. M. D. Mélancolie, sortie améliorée, rechute longtemps après.
19 (43-48-53) P. P. Mélancolie, sortie, très amélioré, sans rechute
20 (44) Mélancolie, sorti très amélioré, rechute, plus tard guéri.
21 (45) Dépression mélancolique, sorti, guéri, —
22 (50-58) Mélancolie anxieuse, — — —
23 (51) Mélancolie, — — —
24 (52) Dépression mélancolique, — très amélioré, —
25 (55) Dépression mélancolique, — guéri, —

26 (56) Dépression mélancolique, sortie guérie sans rechute
27 (57) Mélancolie anxieuse, — — —
28 (59) Accès mélancolique, — — —
29 (61) Etat mélancolique, — amélioré, rechute, puis resté 4 ans avec 4 autres accès guéri sans rechute.
30 (62) Mélancolie, sortie améliorée,
31 (63) Mélancolie anxieuse, même état, guérit quelques mois plus tard, rechute 11 ans après.

soit un total de 31 cas favorables.

II. — *Cas défavorables.*

1 (1) P. M. D. Mélancolie aiguë décès, affaiblissement intellectuel.
2 (2-23) P. M. D. Mélancolie, — cachexie par mélancolie.
3 (3) Mélancolie anxieuse, — Affaiblissement intellectuel.
4 (5) Mélancolie, améliorée, mais affaiblissement intellectuel.
5 (6) Mélancolie intermittente, décès, mélancolie chronique.
6 (10) Mélancolie intermittente, même état, se noie quelques jours après la sortie.
7 (14) Mélancolie délirante, — mélancolie chronique.
6 (22) Mélancolie intermittente, — mélancolie chronique.
9 (26) P. M. D. Mélancolie intermittente, — Affaiblissement intellectuel.
10 (30) Mélancolie anxieuse, délir., même état, aucune tendance à la guérison.
11 (46) Mélancolie délirante, décès, affaiblissement intellectuel.
12 (47) Mélancolie délirante, — — —
13 (49) P. P. Dépression mélancolique, — cachexie nerveuse.
14 (54) Mélancolie, — chronicité.
15 (60) Etat mélancolique, même état, se pend quelques jours après sortie.

soit un total de 15 cas défavorables.

Donc pour les mélancolies non traitées par l'Electro-choc, les cas favorables représentent 67 % des cas totaux contre 33 % de cas défavorables.

Quels sont les résultats donnés par l'électro-choc ?

C) Manies traitées par l'Électro-Choc.

I. — *Cas favorables* (Tableau C).

1 (1) P. P. Manie aiguë, sorti guéri, sans rechute
2 (2) Manie aiguë, — — —
3 (3, 4, 5) P. I. Etat maniaque, — — —
4 (6) Manie confuse, — — —
5 (7) Etat maniaque, — — —
6 (8) Etat maniaque, —

7	(9)	P. I. Etat maniaque,	—	—
8	(10)	Manie aiguë,	—	—
9	(11, 12)	P. P. Etat maniaque,	—	—
10	(13)	P. P. Etat maniaque,	—	—
11	(14)	P. M. D. Etat maniaque,	—	—
12	(15)	Etat maniaque,	—	amélioré,
13	(16)	P. I. Etat maniaque,	—	guéri,
14	(17, 18)	P. P. Etat maniaque,	—	très amélioré,
15	(19)	Manie aiguë,	—	guéri,
16	(20)	Manie aiguë,	—	—
17	(21)	Manie confuse,	—	très amélioré
18	(25)	Etat maniaque,	—	guéri,
19	(26)	P. M. D. Manie aiguë,	—	amélioré,
20	(27)	Etat maniaque chez débile,	—	guéri,

soit 20 cas sortis sans rechute.

II. — *Cas défavorables.*

1 (22, 23, 24). Etat maniaque, non sortie, rechute malgré E. C.
Soit 1 seul cas défavorable.
Ce qui, pour 100 cas donne 95 guéris pour 5 non guéris.

D) **Mélancolies traitées par E. C.**

I. — *Cas favorables* (Tableau D).

1	(2)	Mélancolie anxieuse,	sorti	amélioré,	Pas de rechute.
2	(3, 4)	P. I. dépressive mélancolique,	—	guérie,	—
3	(5)	Dépression mélancolique,	—	—	sans rechute
4	(6)	Mélancolie anxieuse,	—	—	—
5	(7)	Mélancolie anxieuse,	—	—	—
6	(8)	Mélancolie anxieuse,	—	—	—
7	(9)	Dépression anxieuse,	—	—	—
8	(10, 11, 12)	P. M. D. Mélancolie,	—	—	—
9	(13)	Mélancolie anxieuse hyp.,	—	—	—
10	(14)	Mélancolie intermittente,	—	—	—
11	(15)	Dépression mélancolique,	—	—	—
12	(16, 17)	Dépression mélancolique hyp.,	—	—	—
13	(18)	Mélancolie	—	—	—
14	(19)	Mélancolie anxieuse,	—	—	—
15	(20)	Dépression mélancolique,	—	—	
16	(21, 22)	P. I. Mélancolie,	—	—	—
17	(23)	Mélancolie,	—	—	—
18	(24)	Dépression mélancolique,	—	—	
19	(25)	Dépression mélancolique,	—	—	—
20	(26)	Dépression mélancolique,	—	—	—

21 (27)	Mélancolie anxieuse.	—	—	—
22 (28)	Dépression mélancolique ,	—	—	—
23 (29)	Mélancolie anxieuse,	—	—	—
24 (30)	Mélancolie anxieuse,	—	—	—
25 (31)	Mélancolie anxieuse,	—	—	—
26 (32)	Mélancolie,	—	amélioré,	—
27 (33)	Mélancolie anxieuse,	—	—	—
28 (34)	Mélancolie anxieuse,	—	guéri,	—
29 (35)	Dépression mélancolique,	—	—	—
30 (36)	Mélancolie anxieuse,	—	—	—

Soit 30 cas de mélancolie guéris en 2 ans 1/2 par E. C.

II. — *Cas défavorables.*

1 (37, 38, 39, 40). Mélancolie intermittente, rechute sur rechute malgré l' E. C.

2 (41). Mélancolie anxieuse, rechute sur rechute malgré les chocs. En tout 2 cas résistant à l'E. C.

Ce qui fait, en rapportant ces résultats à 100 malades, 94 guéris pour 6 non guéris (1).

Nous trouvons donc en résumé :

1	Pour les manies non traitées.	Cas favorables	72 %, cas défav.	28 %
2	Pour les manies traitées E. C.	—	95 %, —	5 %
3	Pour les mélancolies non traitées.	—	67 %, —	33 %
4	Pour les mélancolies traitées E. C.	—	94 %, —	6 %

ce qui nous permet de constater que la pratique de la convulsivothérapie électrique a augmenté le pourcentage de nos guérisons en ce qui concerne la psychose maniaco-dépressive : augmentation de 23 % pour les accès maniaques, de 27 % pour les accès mélancoliques.

Manie et mélancolie semblent guérir aussi bien et entraîner un pronostic tout aussi bon, maintenant, alors que, tout au moins pour nous, les accès mélancoliques semblaient guérir en moins grand nombre que les accès maniaques, puisque sur 100 accès de chaque nature, nous trouvions une différence de 5 cas favorables en faveur des accès maniaques. Cette différence est maintenant

(1) « Nos propres résultats (75 % sur 168 malades) semblent être encore au-dessous de la moyenne. L'efficacité des chocs électriques est donc remarquable dans les crises mélancoliques. Ils guérissent totalement 8 malades sur 10 ; ils ne comptent d'échec absolu que cinq fois sur cent. »

Paul Cossa. *Indications respectives des cures par les chocs insuliniques, cardiazoliques et électriques.* Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française. Genève, Lausanne, 22-27 juillet 1946. Rapports, p. 123.

portée à 1 seul cas toujours en faveur des accès maniaques, accès qui, s'ils guérissent en plus grand nombre, pour nous, mettent en moyenne plus de temps à guérir (presque un mois).

Quelle raison donner à cette augmentation des guérisons des accès de la P. M. D. depuis l'emploi des chocs électriques?

Si nous comparons les relevés des cas défavorables, nous constatons qu'un grand nombre de malades voyaient leur accès maniaque évoluer vers la manie chronique ou un état démentiel post-maniaque, l'affaiblissement intellectuel, ou faire place à un état hypomaniaque persistant, qui les retenaient à l'hôpital. L'un des cas défavorables de manie est celui que nous avons déjà rapporté plus haut : un débile devenu inadaptable après un accès maniaque de longue durée alors que le cas analogue traité par E.-C. s'est avéré favorable. Pour les mélancolies, même tableau de malades restés de longues années internés pour un accès mélancolique dont l'évolution s'est faite, vers l'affaiblissement intellectuel, la mélancolie chronique, la cachexie par refus prolongé d'aliments qu'aucun moyen ne pouvait empêcher. Deux autres sont mortes parce que l'amélioration ne s'est pas produite suffisamment vite et que la famille, lassée d'attendre malgré les conseils du médecin, a voulu retirer son malade.

Parmi les échecs de l'électro-choc au nombre de trois sur 53 cas de manie et de mélancolie, traités par lui, aucun affaiblissement intellectuel ou physique à signaler.

L'échec dans la manie concerne une femme de 58 ans, Mad N. L ... (22. C.) qui présentait son premier accès maniaque, très amélioré 20 jours après son entrée, après 5 séances de choc, son fils insistant pour la reprendre, 20 jours après la sortie, elle présente un nouvel accès maniaque. 4 chocs guérissent complètement son accès et elle sort à nouveau au bout de 29 jours, guérie cette fois. Dix jours après, nouvelle rechute. 6 chocs laissent un état hypomaniaque léger, mais elle est cependant gardée dans le Service où elle fait de nouveaux accès fréquents.

Les mélancolies voient deux échecs :

Le premier concerne une femme de 60 ans, Mme BB Marie-Louise (37, 38, 39, 40 D) qui avait déjà présenté deux accès analogues il y a plusieurs années. Trois fois, elle est sortie après quelques séances de chocs qui l'avaient très améliorée, trois fois elle est revenue après seulement quelques jours de sortie et une fois après une tentative de suicide manquée.

Deuxième échec, Mad. T. V. Isabelle, femme de 57 ans (41 D) qui, elle aussi a présenté 2 accès antérieurs non traités par électro-choc. Elle entre pour la troisième fois dans le Service pour un

accès mélancolique anxieux. 9 chocs la guérissent en 35 jours. Peu après sa sortie, 43 jours exactement, rechute que 7 chocs améliorent considérablement, mais rechute dès arrêt du traitement. Depuis, elle reste toujours anxieuse.

Il semble bien que l'électro-choc empêche l'évolution des accès mélancoliques et des accès maniaques, vers l'affaiblissement intellectuel. Il est toutefois trop tôt pour dire si nous ne verrons pas d'affaiblissement intellectuel chez les malades actuellement traités par choc, mais parmi les 53 cas de psychose maniaco-dépressive, que nous avons traités, aucun n'a évolué dans ce sens. Quant à l'affaiblissement physique, dû au refus d'aliments ou à l'agitation intense, nous avons déjà vu au chapitre précédent que l'électro-choc les avait complètement supprimés, et qu'ils étaient un risque de moins pour le malade. Bien au contraire, il semble contribuer indirectement sans doute, au relèvement de l'état physique des malades auxquels il donne de l'appétit.

Avec un recul de plusieurs années, les résultats que nous trouvons ici s'avèreront peut-être un peu forts, mais personnellement, nous ne pensons pas qu'ils puissent être beaucoup inférieurs.

Nous nous devons aussi de dire que nous n'avons pas traité par électro-choc de manies devenues chroniques et étant dans le Service depuis déjà de longues années, une seule de ces maniaques Mme M.. L., entrée en 1933 et dont l'excitation était toujours demeurée égale à elle-même depuis son entrée a reçu depuis octobre 1941, un total de 43 chocs, les 27 premiers en 7 mois, chaque choc étant espacé de 7 à 10 jours, et les 16 autres à raison de 1 ou 2 par mois. Mme M... après quelques séances est revenue à un état normal, l'agitation, la logorrhée, les chants, ayant complètement disparus et nous avons vu cette malade travailler et s'occuper normalement. Cet état, cependant, n'a pas duré, mais elle demeure maintenant dans un état hypomaniaque très supportable.

Nous avons vu publier des cas de guérison de manie chronique et de vieille mélancolie par le traitement de choc-électrique. Dans notre cas de manie chronique, le rôle de l'électro-choc s'est borné à transformer la manie en hypomanie et à empêcher l'affaiblissement tant physique qu'intellectuel. Il a rendu la malade supportable. En majorité, ces malades sont aussi trop âgées ou présentent une contre-indication, ce qui ne nous permet pas de les traiter par la convulsivothérapie.

En résumé, le traitement par l'électro-choc augmente ce nombre des cas favorables dans les accès maniaques et mélancoliques de la P. M. D. en empêchant l'évolution de ces accès vers la chronicité, l'affaiblissement intellectuel, en supprimant l'affaiblissement phy-

sique consécutif au refus d'aliments ou à l'excitation trop intense à l'insomnie. Il aurait, dans ces cas, d'autant plus d'action que le traitement serait appliqué le plus tôt possible, le plus près du début de l'accès et il aurait moins de chance de donner un bon résultat sur les accès évoluant depuis très longtemps.

ACCIDENTS DE LA MÉTHODE

Nous avons pensé qu'il serait intéressant de rapporter ici le cas de Mme S. P..., dont nous n'avons pas tenu compte dans nos statistiques.

Observation de Mme S. P... Renée

(N° 1, tableau D).

Dès les premiers jours de juillet 1943, cette femme, âgée de 52 ans, entre dans le Service où le diagnostic de mélancolie anxieuse avec impulsions la poussant au suicide par noyade, est porté (c'est la 3e fois) en onze ans qu'elle doit se faire soigner pour une dépression analogue. Préoccupations hypocondriaques viennent en outre s'ajouter au tableau clinique qu'elle présente. Le début de cet accès remontait déjà à 2 ans. Elle était triste et ne faisait plus rien chez elle. Soignée à Paris, elle y aurait reçu cinq chocs sans résultat. Elle alla ensuite à Saint-Maurice où on ne lui fit pas de traitement convulsivothérapique. Lorsqu'elle arrive dans le Service, elle est triste, pleure, doute de la guérison, a peur. Quelques jours après son arrivée, un examen physique minutieux ayant été pratiqué et ne révélant aucune contre-indication à l'emploi de l'électro-choc, le traitement est commencé. Mme S. P..., bénéficie d'une première série de chocs au rythme de un tous les quatre jours. 8 en tout. Dès les premiers, une nette amélioration est constatée, néanmoins insuffisante pour permettre la sortie. Il est décidé, devant l'état nouveau qui se maintient stationnaire, d'entreprendre une nouvelle série dans les mêmes conditions. La série comprend cette fois 12 chocs et est commencé deux mois après le dernier choc de la première série. Après la douzième séance, qui s'était déroulée tout à fait normalement et sans que rien de particulier attire notre attention, la malade regagne, accompagnée d'une infirmière, sa chambre située à 200 mètres de là ainsi qu'elle le faisait chaque fois et y meurt subitement. 1 h. 1/2 s'était écoulée lorsque la mort est survenue. Il ne nous est pas possible de discuter la cause de cette mort, l'autopsie n'ayant pu être pratiquée. La mort de cette malade est-elle due à l'action de l'électro-choc et doit-on l'enregistrer à l'actif des accidents de la méthode? Car c'est là aussi une tendance bien naturelle que de rapporter l'effet à la cause la plus proche, l'effet étant ici la mort de Mme S. P... et la cause le dernier choc subi par elle une heure et demie avant. Sur le moment, nous n'avons pas cru devoir nous ranger à cet avis, mais depuis nous avons vu

attribuer à l'E.-C. une mort subite survenue un quart d'heure après une séance (Cas de M. Laboucarié) et une autre survenue 24 heures après le dernier choc.

Ainsi que nous le disions plus haut, nous ne pouvons discuter notre cas dont l'autopsie n'a pas été pratiquée, mais nous faisons remarquer les cas suivants, non traités par Electro-choc et que nous trouvons dans les tableaux A et B :

1° M. R... Félix, N° 21, tableau A. Agé de 28 ans, entre dans le Service pour un accès de manie aiguë. Il meurt subitement 26 jours après l'entrée ;

2° Mme C. F... Madeleine (N° 32, tableau A) entre également dans le Service pour un accès de manie aiguë et meurt subitement elle aussi, 4 jours seulement après l'entrée. Elle était âgée de 25 ans ;

3° Mme B. D... Camille (N° 25, tableau B), âgée de 52 ans, entre à l'hôpital psychiatrique, pour un accès mélancolique. Elle y meurt subitement deux jours après son entrée,

Et ces cas ne sont certainement pas les seuls. Dans une période de 5 années seulement, nous en avons relevé 3 cas, uniquement chez des malades atteintes de P. M. D. Si ces trois malades avaient été internés actuellement ils n'auraient certainement pas manqué d'être traités par la convulsivothérapie électrique et ces trois morts n'auraient-elles pas été attribuées à l'E.-C. ? Bien à tort d'ailleurs.

Un autre accident, imputable au traitement, est une fracture du col du fémur survenue à Mme M. F... Marie dont nous rapportons également l'observation.

Observation de Mme M. F... Marie
(N° 33 D).

Mme F... Marie, à l'âge de 57 ans, entre dans le Service à la fin de février 1945. Elle parle à voix très basse, sans remuer les lèvres, elle est inaudible. On distingue cependant des « oui », « point », « pas », seules réponses qu'elle fasse aux questions qui lui sont posées. C'est une mélancolique anxieuse qui présente son troisième accès, analogue aux précédents : le premier au cours de la guerre 1914-1918, le second en 1929-1930. Deux jours après son entrée elle reçoit son premier choc. Deux jours plus tard, elle reçoit son deuxième choc après lequel une fracture du col du fémur gauche est constatée. Envoyée à l'hôpital, elle en revient 4 mois après, présentant toujours le même état mélancolique sans aucune amélioration. Nous attendons encore un mois, puis une nouvelle série de chocs est décidée, l'état mélancolique ne présentant aucune tendance spontanée à l'amélioration. En un mois et demi, notre malade

reçoit neuf chocs et elle sort treize jours après la dernière séance si améliorée qu'elle a pu rester dans son foyer depuis plus d'un an. Cette malade a conservé de son accès mélancolique, un raccourcissement de sa jambe gauche, mais sans l'électro, cause de cet accident, il y a de bien grandes chances pour que son accès ait évolué vers la chronicité et qu'elle ne soit jamais sortie.

Un autre accident survenu en cours de traitement est un abcès au poumon. La malade ne figure pas dans cette étude, son cas ne relevant pas de la P. M. D., aussi ne la citons nous que pour ne cacher aucun accident dû à la méthode. Cette malade a d'ailleurs parfaitement guéri de son abcès du poumon.

Nous devons aussi signaler trois luxations de la mâchoire dues sans doute, à un défaut de surveillance au moment de la crise, et dont la réduction s'est opérée facilement. Il s'agit là, plus d'incident que d'accident.

Nous relevons donc en tout deux accidents imputables sans aucun doute à la méthode de choc électrique, et un troisième cas de mort, dont la cause reste dans l'ombre.

Ajoutons que nous n'avons, nous non plus, jamais constaté d'épilepsie, survenant chez des malades traités par électro-choc. Nous pourrions d'ailleurs opposer le cas de M. L... Jean (42 A) qui présenta quelque temps avant sa mort, à l'âge de 67 ans, et pour la première fois des accès d'épilepsie. Ce malade en était à sa deuxième admission pour accès maniaque, et il n'aurait certainement pas manqué, lui aussi, d'être traité électriquement. Nous n'avons jamais constaté non plus d'accidents quelconques survenant, à la longue, chez d'anciens malades électro-choqués.

Par conséquent 3 accidents pour environ 3.000 électro-chocs pratiqués à l'hôpital psychiatrique de l'Orne. Nous pouvons évaluer les accidents dus à la méthode à 1 p. 1.000.

Pouvons-nous penser qu'un nombre d'accidents aussi faible puisse faire rejeter une méthode qui rend chaque jour des services incontestables en psychiatrie et à laquelle bien des malades doivent leur guérison ? Certes, l innocuité de la méthode n'est pas complète et demande de la prudence dans le choix des cas, dans l'application. Elle demande à n'être appliquée qu'à bon escient et non au petit bonheur quant aux cas à traiter et quant au nombre à faire. Le mieux est de faire subir aux malades le minimum de chocs nécessaires à la guérison.

En résumé, la convulsivothérapie électrique guérit la presque totalité des malades atteints de psychose maniaque dépressive et avec le minimum de risques à courir. On peut même dire que les malades courent un risque plus grand en n'étant pas électro-choqués.

CHAPITRE TROISIÈME

L'Electro-choc et les rechutes dans le traitement de la P. M. D.

I. — Difficultés d'étude.

Si une loi mathématique régissait les rechutes, le problème posé par celles-ci serait facilement résolu. Il n'en est malheureusement rien, et la venue des accès semble obéir à un processus capricieux.

Le milieu familial peut avoir une grande influence sur les rechutes précoces par les fautes de psychologie de l'entourage envers la malade. Il en est de même du milieu social, suivant l'aisance du malade et de sa famille. Telle malade, d'un milieu peu aisé, pourra rechuter plus vite qu'un autre ayant suffisamment de fortune, les soucis journaliers de ce dernier étant inexistants par rapport à ceux du premier malade.

C'est ce qui nous fait mieux sentir le rôle indispensable d'une assistante sociale spécialisée attachée à l'établissement, la nécessité du service social dans l'ordre psychiatrique. Le médecin seul ne peut que donner ses soins aux malades qu'il reçoit, et ses conseils, mais il ne peut que dans une très faible mesure rajuster « l'homme et son milieu social ». C'est à l'assistante sociale qu'incombe ce rôle. Elle peut apporter une grande aide au médecin, par ses enquêtes. C'est-elle aussi qui fera les démarches complètes que nécessite le placement d'un malade guéri. Il est fréquent que nous soyons obligé de garder des malades après leur guérison parce que nous ne savons où les placer à leur sortie. L'assistante pourrait également suivre et surveiller le malade et son milieu social, après la sortie. La récupération sociale de nos malades s'en trouverait accrue.

Nous avons dû suppléer à ce manque d'assistante sociale attachée à l'établissement en mettant à contribution, par l'intermédiaire de la Croix-Rouge, les assistantes sociales de secteur non spécialisées. Nous avons pu ainsi obtenir des renseignements et

suivre des malades qui avaient quitté l'Asile. Il nous a été possible également de réaliser une certaine surveillance de leur milieu social respectif. Le mode de sortie en congé, nous a également rendu un service analogue, mais il ne permet malheureusement pas de suivre longtemps chaque malade ; la sortie définitive prononcée, nous n'avons plus de liaison directe.

Nous ne réunissons d'autre part que peu de malades atteints de P. M. D., et qui présentèrent une rechute après un accès traité par convulsivothérapie. Nous n'en trouvons que neuf en effet — et ceci par manque de recul — . Nous pensons qu'un recul de vingt ans serait nécessaire, peu de malades présentant des rechutes plus tardives. Quoi qu'il en soit nous croyons devoir présenter ici les quelques constatations que nous avons pu faire sur cette question.

Il existe deux sortes de rechutes des accès maniaques et mélancoliques : les premières sont celles que le malade présente après la guérison de son accès.

Les secondes sont celles qui se produisent en cours de traitement alors que le médecin croit la guérison obtenue.

Nous envisagerons ces deux sortes de rechutes séparément les trouvant suffisamment différentes dans leur aspect.

II. — Les rechutes après guérison d'accès traités par Electro-choc.

Accès maniaques. — Sur 21 accès traités par E.-C. du 1er juillet 1943 au 31 décembre 1945. 17 malades ne rechutent pas et 4 malades seulement présentent des rechutes à plus ou moins longue distance, (soit 80 % de cas sans rechute pour 20 % de rechutes).

Accès mélancoliques. — Sur 33 accès traités par E.-C. dans le même temps, nous trouvons 27 accès guéris sans rechute contre 6 mélancoliques qui rechutèrent (ce qui représente 84 % de cas guéris sans rechute contre 16 % de cas à rechutes).

Malades ayant rechuté après un premier accès guéri par E.-C.

1° *Mlle L... Marthe* (10, 11, 12 D), accès maniaques.

Première	admission,	durée	61 jours,	sort guérie,	rechute 11 mois après
Deuxième	—	—	114 —	sort améliorée,	— 25 mois après
Troisième	—	—	92 —	sort guérie,	— 3 ans après
Quatrième	—	—	124 —	sort améliorée,	— 17 mois après
Cinquième	—	—	141 —	sort guérie, 3 E. C.	rechute 17 mois ap.
Sixième	—	—	40 —	sort guérie, 5 E. C.	rechute 4 mois ap.
Septième	—	—	62 —	sort guérie, 8 E. C.	plus de rechute.

Il est à remarquer que le cinquième accès ne bénéficie que de 3 chocs, la malade s'étant plainte de douleurs au niveau du grand trochanter et de la crête iliaque droite. Une radio fut pratiquée qui ne montra rien que de normal. L'amélioration s'étant montrée très nettement, le traitement ne fut pas repris et la malade guérit. Le sixième accès qui semblait un succès remarquable puisque la durée de séjour ne fut que de 40 jours avec 5 chocs, fut suivi d'une rechute 4 mois seulement après la sortie. S'agirait-il d'un seul et même accès que le traitement n'aurait fait que couper en deux ?

2° *Mme T. V. Armande* (3, 4, 5 C), accès maniaques.

Premier	accès durée,	15 mois,	guérit,	rechute	7 ans après.
Deuxième	— —	3 mois,	—	—	2 ans après.
Troisième	— —	2 mois,	—	—	4 ans après.
Quatrième	— —	31 jours,	—	6 E. C. rechute	11 jours après.
Cinquième	— —	36 jours,	—	6 E. C. —	12 jours après.
Sixième	— —	50 jours,	—	7 E. C. —	plus de rechute.

Si les trois derniers accès maniaques présentés par cette malade guérissent très rapidement, ils se produisirent si près les uns des autres que nous sommes en droit de penser qu'il s'agissait d'un seul et même accès coupé en trois tronçons par le traitement.

3° *M... Baptiste*, accès maniaques (11, 12 C).

Première	admission, durée	77 jours,	guérit,	rechute 3 ans après.
Deuxième	— —	63 jours,	—	— 1 an après.
Troisième	— —	101 jours,	3 E. C. guérit,	rechute 9 mois après.
Quatrième	— —	95 jours,	3 E. C. guérit,	plus de rechute.

Chez ce malade l'E.-C. n'a pas empêché les rechutes, ne semble même pas avoir raccourci la durée des accès, mais il a été gardé assez longtemps après la guérison dans le Service.

4° *P... Odette*, accès maniaques (17, 18 C).

Premier	accès, dure	53 jours,	est guéri, rechute 20 mois après.
Deuxième	— —	64 jours,	2. E. C. est guéri, rechute 13 mois après.
Troisième	— —	210 jours,	20 E. C. est guéri, sans rechute depuis.

La durée de séjour de chaque accès de cette malade va, comme nous le remarquons, en augmentant régulièrement. Il en est de même des chocs nécessaires pour obtenir la guérison. Par contre, les rechutes se produisent plus rapidement.

5° *A. B... Charlotte*, accès mélancoliques (3, 4 D).

Premier	accès, durée	35 jours,	7 E. C.	rechute 2 mois après.
Deuxième	— —	111 jours,	5 E. C.,	plus de rechute.

Ce cas aussi peut faire penser que la malade n'a présenté en réalité qu'un seul accès, coupé en deux par l'action du traitement.

6° *M. C... Marie*, accès mélancoliques (21, 22 D).

Premier accès durée 43 jours, 8 E. C. rechute 15 mois après.
Deuxième — — 49 — 10 E. C. plus de rechute.

Le deuxième accès présenté par la malade paraît légèrement plus résistant que le premier au traitement, puisqu'il nécessite 2 chocs de plus et un séjour plus long d'une semaine.

7° *Mme T. V. Isabelle*, accès mélancoliques (41 D).

Premier accès — 14 jours; sort même état, rechute 14 mois après.
Deuxième — — 7 mois, sort guérie, rechute 15 ans après.
Troisième — — 35 jours, 9 E. C., sort guérie, rechute 1 mois après.
Quatrième — — aucune amélioration par le traitement.

C'est un échec de la méthode, nous le considérons tout au moins comme tel, car l'application de l'électro-choc n'a amené aucune amélioration de son état.

8° *B. B... Marie-Louise*, accès mélancoliques (37, 38, 39, 40 D).

Première admission durée 264 jours, sort même état, revient 4 mois après.
Deuxième — — 90 jours, sort améliorée, rechute 11 ans après.
Troisième — — 86 jours, 14 E. C. très améliorée, rechute 23 j. après.
Quatrième — — 58 jours, 3 E. C. très améliorée, rechute 9 j. ap.
Cinquième — — 102 jours, 2 E. C. très améliorée, rechute 4 j. ap.
Sixième — — 2 E. C. paraît aussi bien que les fois précédentes.

Les deux premières admissions ne sont qu'un même accès, qui a duré 16 mois. De même les quatres dernières admissions ne sont qu'un seul accès puisque les rechutes se font respectivement 23, 9 et 4 jours après les sorties successives, Là encore, l'électro-choc a coupé un accès de longue durée en plusieurs tronçons. L'avantage de cette action est qu'il empêche la malade de s'affaiblir tant intellectuellement que physiquement, ce qui ne manquait généralement pas d'arriver aux malades présentant des accès de longue durée habituelle.

9° *Mme N. L...*, accès maniaques (22, 23, 24 C).

Première admission durée 20 jours, très améliorée par 5 E. C., rechute 20 jours après.
Deuxième — — 29 jours, guérie par 4 E. C., rechute 10 jours ap.
Troisième — — 6 E C. mais rechute sur rechute.

Il s'agit bien là d'un échec de la méthode qui n'a pu que couper chaque accès, mais qui ne semble pas en arrêter la suite. Malgré tout, le traitement donne les mêmes avantages dans ce cas que dans le précédent.

Il semble bien que la méthode de choc coupe les accès de longue durée habituelle en petits accès ainsi que nous avons vu le cas chez plusieurs malades.

Mais là encore le traitement par choc de ces accès de longue durée habituelle, offre des avantages incontestables pour les malades. Le malade dont l'accès est ainsi coupé en petits accès séparés par des intervalles normaux ne fait que deux ou trois séjours de courte durée dans nos Services et retrouve une vie normale entre temps. Sans l'électro-choc, ce même malade passerait plusieurs mois, dans les services psychiatriques et perdrait ainsi le bénéfice de ces trèves permettant une vie normale au sein de sa famille. Il lui épargne, en outre, le gros danger, qu'est pour ces sortes d'accès l'affaiblissement intellectuel, la chronicité, l'affaiblissement physique.

Son action chez une même malade semble aussi quelque peu irrégulière et même nous avons pu nous demander s'il n'y avait pas une accoutumance de la méthode à l'action des chocs, rendant les accès de plus en plus résistants, à la longue, à la thérapeutique.

En conclusion, nous nous rangeons, à l'avis de M. Delmas-Marsalet qui écrit (1) : « Il ne semble pas, que l'électro-choc puisse modifier le rythme pathologique, qui entraîne l'apparition de nouveau accès ; il écourte ceux-ci, mais n'influe pas sur le processus mystérieux qui en amène l'éclosion périodique ». M. Müller (2) (Münsingen Berne) déclare également : « Nous n'avons aucune raison, d'admettre que le traitement modifie le cycle des cas périodiques ». Quant à M. Paul Cossa (3) il donne ainsi son avis : « Certains auteurs ont avancé que les thérapeutiques de choc pouvaient ralentir le rythme des accès. Ceci nous paraît une affirmation gratuite : la périodicité est trop variable d'un malade à l'autre, varie chez un même malade, pour qu'on puisse conclure à une modification du rythme par le traitement ».

Malgré tout, neuf malades seulement ayant présenté des accès

1. P. Delmas-Marsalet. *Electro-choc et Thérapeutiques nouvelles en neuro-psychiatrie*, J. B. Baillière et Fils 6, 1946, p. 90.
2. M. Muller. *Indications respectives des cures par les chocs insuliniques, cardiazoliques et électriques*. Rapports du Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes de France et de langue française. Genève-Lausanne, 22-27 juillet 1946, p. 163.
3. Paul Cossa, *Idem*, p. 123.

maniaques ou mélancoliques sur cinquante-trois traités ont jusqu'ici présentés des rechutes ce qui représente une proportion de 17 % seulement.

II. — Rechutes en cours de traitement.

Considérant les rechutes en cours de traitement d'un accès, comme l'évolution normale de l'accès et ne faisant de toutes ces rechutes qu'un seul accès, nous les différencions des rechutes se produisant plusieurs mois après la guérison d'un accès. Le malade présente alors un nouvel accès.

Nous n'avons pas été sans remarquer qu'au cours de traitement, certains malades faisaient avant la guérison complète, plusieurs rechutes successives et nous avons réuni les cas de ces malades.

Sur les 21 maniaques traités par E.-C. qui entrent dans notre travail nous en trouvons 3 ayant présenté cette sorte d'accès à rechutes soit 14 %.

Quant aux accès mélancoliques analogues nous n'en trouvons que 2 sur 33 malades traités, soit seulement 6 % (à peine le tiers des cas maniaques à rechute). Il y a donc relativement peu d'accès mélancoliques à rechutes par rapport aux accès maniaques de même allure.

Manies à rechutes.

1) *M*me *M. T. Ernestine* (60 ans). — Etat maniaque.

Entrée le 5 septembre, cette malade bénéficie de 5 chocs et le 21 soit 16 jours après, elle se présente comme tout à fait normale. Mais le 13 octobre (22 jours après) nouvel accès maniaque qui nécessite à nouveau quelques chocs. La guérison est obtenue rapidement et nous la gardons encore un mois avant de la laisser sortir.

2) *M*me *M. L. Madeleine*, 29 ans. — Entre le 21 juillet 1943 en plein état maniaque ; 2 chocs suffisent à guérir l'accès, mais après une période d'état normal, la sortie étant demandée, la logorrhée réapparaît progressivement, puis après une nuit d'insomnie, c'est à nouveau le tableau d'un bel état maniaque. Nouvelle série d'électro-chocs, plus nombreux cette fois. La guérison est obtenue, mais pour 16 jours seulement. Le 3e accès est coupé plus rapidement que le second (en 8 jours). Un état normal succède qui dure près d'un mois, puis, à nouveau, petit accès, vite coupé par un seul choc. La malade put sortir un peu plus d'un mois après ces 4 rechutes et malgré un léger état hypomaniaque qu'elle présenta dans les

3 jours qui suivirent la sortie, elle est demeurée en parfait état mental comme en témoignent les nouvelles que nous avons d'elle.

3) *Mme O. D. Hélène*, 48 ans, présente un état maniaque, qui au bout de quelques chocs rend la malade voisine de la normale. Douze jours après cette phase de mieux, reparaît un état maniaque, mais sur un mode plus léger : aisance, sthénie, autoritarisme et moqueries insolentes, très rapidement guérie. Plus de rechutes depuis 10 mois.

Mélancolies à rechutes.

4) *Mme P. F. Marie.* — Mélancolique depuis 2 ans, elle entre enfin dans le Service où son état cède rapidement après 7 chocs. Rechute de son état anxieux, quelques jours après que nous croyions la guérison obtenue, qui guérit sans nouveau choc.

5) *Mme M. C. Marie.* — Le premier accès mélancolique de cette femme guérit sans traitement en 3 mois, le deuxième, traité par 8 chocs guérit en 43 jours. Au troisième accès mélancolique la guérison s'obtient également rapidement, mais cette malade fait une rechute sous forme de stupeur mélancolique vite jugulée. Elle sort guérie et ne rechute plus.

Ces rechutes ont un caractère particulier et dû sans doute au traitement par l'électro-choc. En règle générale, dans ces cas, les accès survenant après l'accès initial en apparence guéri, sont d'intensité de moins en moins grande, intensité qu'il est d'ailleurs difficile d'apprécier.

Tout se passe bien comme s'il ne s'agissait que d'un seul accès. Le traitement coupe l'accès en plusieurs accès de courte durée et d'intensité décroissante. Losqu'une rechute vraie survient au bout d'un mois ou même moins parfois, elle est identique à la précédente et d'intensité sensiblement égale, ce qui suffit à différencier ces 2 sortes de rechutes.

Nous pensons que l'électro-choc a surtout une action rapide sur les symptômes des états maniaques et mélancoliques, qu'il fait disparaître rapidement.

Inversions de l'état thymique :

Nous avons aussi été frappé par le passage, souvent sans aucune transition au cours du traitement, d'un état maniaque à un état anxieux ou inversement, ce que M. Delay appelle l'inversion

complète de l'état thymique. Parmi les 51 malades traités par l'Electro-choc et figurant dans notre travail, 6 ont présenté cette inversion soit 11 % des cas. Cinq étaient des maniaques initiales, une seule était une mélancolique.

1) *Mme D. C... Louise*, 49 ans. Cette malade présente lors de son entrée un état maniaque aigü. Les crises thérapeutiques sont commencées et presque sans transition, elle présente un état de dépression anxieuse, avec tristesse, pleurs, idéation lente, gâtisme et refus d'aliments dont elle guérit avec la continuation du traitement.

2) *L. I. J... Yvonne, 34 ans.* Entre le 22 septembre pour un état maniaque. L'électro-choc améliore considérablement son état qui passe, un mois après le début de l'accès, à la forme de mélancolie. Cet état guérit par deux électros. Il s'agit plutôt dans ce cas d'une rechute de forme inverse à celle de l'accès initial.

3) *L. G... Marie-Louise*, 53 ans. Cette malade présente un état maniaque avec éléments confusionnels, 3 chocs amenèrent une grosse amélioration et passage à un état mélancolique sans transition que 2 autres chocs suffisent à guérir.

4) *L. S... Marie*, 38 ans. Etat confuso-maniaque. Il s'agit du troisième accès identique présenté par cette malade. Le traitement n'est commencé que 1 mois 1 2 après l'entrée. Bien mieux dès le début des séances de choc, puis, après 3 semaines de traitement, passage à un état mélancolique, avec refus d'aliments, tristesse, auto-accusation. Le traitement qui avait été suspendu est repris, mais cet état ne cède qu'après deux séries de chocs.

5) *T. V... Armande*, 53 ans. C'est le sixième accès que cette malade présente. L'état maniaque a duré cinq jours seulement et fut remplacé sans transition par un état mélancolique rapidement amélioré par quelques chocs. Le traitement est suspendu pendant deux semaines, et la guérison tardant, elle bénéficie de trois nouveaux chocs. La guérison obtenue fut durable et la malade n'a pas rechuté depuis 1 an 1/2. Il est à noter que les 2 premiers accès présentés par Mme T. V... étaient de forme mélancolique et les 3 derniers de forme maniaque.

6) *Mme C. G. Joséphine*, 56 ans. Elle entre dans le Service pour un état de mélancolie anxieuse très accusé avec crainte d'une mort prochaine, ralentissement moteur, viscosité mentale, insomnie. Une série de 7 chocs remet la malade dans un état voisin de la

normale, elle a même perdu toute idée délirante, lorsqu'apparaît brusquement un état maniaque qu'un seul choc suffit à enrayer.

Les six cas d'inversion de l'état thymique que nous avons pu réunir sont bien identiques entre eux. La malade, au bout de quelques séances, passe d'un état à l'autre souvent sans transition. Dans aucun de nos cas nous ne vîmes la malade revenir, après cette inversion, à la forme initiale. Toutes évoluent vers la guérison sous la seconde forme acquise par le traitement.

CHAPITRE QUATRIÈME

Mode d'application de l'Electro-choc dans le traitement de la Psychose M. D.

Envisageant seulement les cas guéris par le traitement, la presque totalité d'ailleurs, nous avons fait la moyenne du nombre des chocs qui avaient été nécessaires à l'obtention de la guérison. Il est à signaler que dans aucun de ces cas une autre thérapeutique n'a été associée à l'électro-choc. Nous avons trouvé qu'il fallait en moyenne 7 séances pour obtenir la guérison d'un accès maniaque et 6 séances pour obtenir celle d'un accès mélancolique. Certains accès guérissent très rapidement et ne nécessitent que peu de séances, d'autres au contraire, ne cèdent qu'après de nombreux chocs. Nous n'avons aucune base certaine pour prévoir l'action du traitement sur un accès et chaque malade semble réagir d'une façon qui lui est propre à l'électro-choc. C'est ainsi qu'il nous est arrivé de traiter simultanément deux malades du même âge, entrées le même jour et présentant toutes les deux un état mélancolique identique, avec mêmes idées et mêmes tentatives de suicide par noyade. L'une a guéri très rapidement, alors que l'autre a dû subir une nouvelle série de chocs. C'est pourquoi, nous ne donnons ces chiffres que comme moyenne et que nous ne voulons pas dire par cela, un accès maniaque guérit avec 7 chocs ou un accès mélancolique guérit avec 6 chocs. A chaque malade son traitement. Ce qui fait qu'aucune précision quant au nombre de chocs à faire dans tel ou tel cas ne peut être donné.

Lors des premiers traitements par convulsivothérapie électrique à l'hôpital psychiatrique de l'Orne, nous faisions subir à nos malades des séries de chocs allant jusqu'à douze, sans les dépasser et au rythme de deux à trois par semaine. Alors que la guérison était obtenue, le malade bénéficiait de un ou de plusieurs chocs dits « de consolidation ». Notre comportement vis-à-vis du mode d'application de l'électro-choc s'est trouvé influencé par les travaux de M. Delay. Pratiquant des contrôles électro-encéphalographiques

chez des malades traités par l'électro-choc, M. Delay remarqua des signes de souffrance cérébrale chez certains d'entre eux qui avaient subi 12 chocs ou plus. N'ayant pas la possibilité de pratiquer ces examens de contrôle décelant la souffrance cérébrale chez nos malades, nous avons été conduits à diminuer le nombre des chocs en série. Actuellement après trois années de pratique journalière, et d'observations des résultats obtenus, notre tendance, dans le traitement des accès de la P. M. D. est la suivante.

Accès maniaques.

1er choc : le plus près possible du début de l'accès ;
2e choc : le lendemain du premier ;
3e choc : à deux jours du second.

Si la guérison s'annonce, nous attendons quelques jours. Dans le cas contraire nous continuons à raison de 1 choc tous les deux ou trois jours. Quel que soit le résultat, nous ne dépassons pas six chocs par série, ayant remarqué que lorsque nous pratiquions des séries de 12 chocs les résultats obtenus n'étaient pas meilleurs. En général une seule série suffit.

Si l'accès est coupé, mais qu'un état hypomaniaque subsiste, nous reprenons le traitement un mois environ après le dernier choc.

Accès mélancoliques.

Un choc tous les deux jours et arrêt dès qu'une amélioration voisine de la guérison est obtenue. Là encore nous ne dépassons pas six chocs pour une série. Nous entreprenons une nouvelle série si la guérison ne semble pas parfaite quinze jours ou trois semaines après l'arrêt de la première série, mais en espaçant les chocs de 3 ou 4 jours. Ces chocs s'entendent sous forme de crise normale.

Nous avons depuis peu essayé des séries d'infra-crises chez des mélancoliques âgées pour lesquelles on hésite à déclencher la crise. D'après les premiers résultats obtenus, les infra-crises ou électro-absences agiraient d'une façon identique aux crises normales et seraient suffisantes à amener la guérison. Notre expérience est cependant insuffisante sur ce sujet pour que nous puissions en faire état dans notre travail.

Dans le cas d'un malade intermittent à accès habituellement court et ne dépassant pas un mois, nous attendons la guérison naturelle sans traitement de l'accès estimant qu'il n'y a pas intérêt à

raccourcir un accès déjà bref par lui-même. Nous évitons ainsi au malade de courir le risque si minime soit-il du traitement (Il faut bien reconnaître d'ailleurs que toute intervention quelle qu'elle soit sur un malade comporte un risque). C'est le cas de Mme Sh. O... Magne dont deux acccès antérieurs non traités n'avaient duré, le premier que 49 jours et le second 22 jours seulement. Nous avons laissé le troisième accès mélancolique présenté par cette périodique évoluer seul vers la guérison qui survint en 8 jours. Un seul choc eut paru dans ce cas un remarquable succès de la méthode.

En résumé, nous pensons qu'il convient de pratiquer le moins de chocs possible pour obtenir la guérison et que dès que l'amélioration de l'accès est nette, il y a lieu d'espacer les séances pour les supprimer avant même la guérison complète. La pratique de chocs de consolidation ne nous paraît que d'une utilité relative et dans certains cas, en particulier pour des acccès maniaques.

Le moment et le rythme de l'application paraît aussi avoir une influence sur l'action du traitement. Plus un accès est traité du début, plus il guérit rapidement (1), au contraire plus le début de l'accès remonte loin dans le temps, plus il se montre résistant à l'électro-choc et nécessite de séances. Les résultats seraient encore meilleurs si les médecins praticiens envoyaient, dans les services psychiatriques les malades dès le début de leur accès au lieu de les soigner plus ou moins longtemps à domicile.

Précautions à prendre chez certains malades soumis au choc.

En dehors des précautions habituelles bien connues (ampoules de lobéline, caféine, adrénaline, etc... sous la main), en dehors des examens sévères pour éliminer les malades présentant des contre-indications quelconques d'ailleurs rares (artériosclérose, hypertension, asystolie, atteintes coronariennes, les états de fragilité osseuse, les tumeurs cérébrales, etc.) nous faisons aux malades dont le cœur peut laisser quelques doutes, 5 cc. d'huile camphrée, une demi-heure avant la séance. Nous savons aussi que l'utilité des injections médicamenteuses préventives est très discutée, mais nous pensons qu'elles ne peuvent agir que favorablement, aussi n'hésitons nous pas à les pratiquer. En cas de grossesse, nous injectons avant

1. « Ainsi, comme dans les schizophrénies. il faut préconiser le traitement précoce. On peut alors compter 80 à 90 % de guérisons si la maladie ne remonte pas à plus de six mois. Dans les cas plus anciens le pourcentage diminue fortement... ». M. Muller, *Indications respectives des cures par les chocs insuliniques, cardiazoliques et électriques.* Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française, XLIVe Session. Genève-Lausanne, 22-27 juillet 1946. Rapports, p. 163.

de pratiquer la crise 1 cgr. de morphine. Nous avons pu ainsi traiter Mme L. T. L. G... Simone. Cette malade âgée de 35 ans, présentait un état de mélancolie anxieuse et se trouvait enceinte de plus de huit mois. Elle reçut 6 chocs dans les neufs premiers jours de son entrée. Avant chaque séance, elle recevait 5 cc. d'huile camphrée et un cgr. de morphine. Les bruits du cœur fœtal écoutés avant et immédiatement après la crise sont toujours restés égaux (par conséquent, aucun signe de souffrance fœtale chez cette femme enceinte électrochoquée). Elle accoucha à terme neuf jours après le premier choc. L'enfant était parfaitement normal. Seule, une hémorragie suivit la délivrance et ne fut arrêtée qu'après l'emploi de l'ergotine. Ainsi la grossesse n'est pas une contre-indication au traitement par électro-choc.

RÉCAPITULATIF

Les résultats obtenus par le traitement de choc électrique des accès de la psychose maniaco dépressive à l'Hôpital psychiatrique de l'Orne se résument ainsi :

	Accès maniaque	Accès mélancol.
Durée moyenne de séjour	12 semaines	8 semaines
Nombre de guérisons obtenues	20 sur 21	31 sur 33
Moyenne des électrochocs nécessaires	7 E. C	6 E. C.
Rechutes après guérison	4 sur 21	6 sur 33
Rechutes en cours de traitement	3 sur 21	2 sur 33
Inversion de l'Etat thymique	5	1

Les accès maniaques sont plus résistants que les accès mélancoliques. Ils nécessitent une durée moyenne de séjour plus grande, un nombre de chocs, en moyenne plus élevé également et rechutent proportionnellement plus facilement. Ces constatations correspondent en gros aux résultats publiés par les divers auteurs. Ils n'en diffèrent que par le pourcentage des guérisons que nous avons obtenus. Les chiffres généralement donnés sont de l'ordre de 80 % de guérisons pour les accès mélancoliques et, 50 % pour les maniaques. Ceci tient à ce que :

1° Nous n'avons admis dans notre travail que les accès entrés à partir du 1er juillet 1943 éliminant ainsi les périodiques présentés avant cette date (quelques rares malades devenus chroniques que nous n'avons d'ailleurs pas traités) ;

2° Nous avons éliminés tous les cas symptomatiques de démence précoce ;

3° Nous n'avons considéré uniquement que deux cas : les guérisons et les non guérisons, en faisant entrer les cas améliorés dans l'un ou l'autre suivant l'évolution.

CONCLUSIONS

Le traitement par l'électro-choc des accès symptomatiques de la psychose maniaco-dépressive, en raccourcit considérablement la durée.

Pour l'accès maniaque, la durée moyenne de séjour tombe de 32 semaines à 12 semaines.

Pour l'accès mélancolique, la durée moyenne de séjour tombe de 23 semaines à 8 semaines.

* * *

Le nombre des guérisons de malades ayant présenté un accès maniaque ou mélancolique est augmenté depuis le traitement par électro-choc, par rapport à celui enregistré chez les malades dont les accès ont évolué sans traitement de choc.

Accès maniaques.

Nombre de malades traités	21
Guérisons obtenues	20
Echec	1

Accès mélancoliques.

Nombre de malades traités	33
Guérisons obtenues	31
Echecs	2

* * *

a) Les rechutes d'accès maniaques ou mélancoliques après guérison d'un accès antérieur, que nous avons observées se répartissent ainsi :

Manie : 4 malades sur 21 traités.

Mélancolie : 6 malades sur 33 traités.

b) Les rechutes observées en cours de traitement se répartissent ainsi :

Manie : 3 malades sur 21 traités.
Mélancolie : 2 malades sur 33 traités.

L'intensité de chaque épisode successif en cours de traitement paraît plus faible que celle de l'accès précédent.

c) Parmi les cas d'inversion de l'état thymique il semble que la transformation d'un accès de forme maniaque, en un accès de forme mélancolique soit le mode le plus fréquent.

Nous avons observé :

Inversion dans le sens manie-mélancolie : 5 cas.
Inversion dans le sens mélancolie-manie : 1 cas.

* * *

Les accidents de la méthode sont rares. Nous avons relevé sur un total de 3.000 chocs :

Luxations de la mâchoire	3 cas
Abcès du poumon	1 cas
Fracture du col du fémur (chez une malade âgée)	1 cas
Mort subite	1 cas.

Cette mort subite s'est produite une heure et demie après un douzième choc. Nous avons relevé trois cas de mort subite chez des malades atteints de psychose maniaco-dépressive et non traités par convulsivothérapie.

* * *

Principaux avantages de la méthode dans le traitement des accès de la psychose maniaco-dépressive.

1. — L'électro-choc empêche l'affaiblissement intellectuel.

2. — Il garantit la vie du malade en faisant disparaître rapidement les idées de suicide.

3. — Il empêche l'affaiblissement physique, permet une alimentation normale, supprime la sonde et ses dangers.

4. — L'électro-choc permet une réadaptation plus facile des malades en raccourcissant considérablement la durée moyenne de séjour à l'asile.

5. — Il permet de plus avec moins de lits, un roulement plus important de malades et diminue les frais d'entretien.

L'action de l'électro-choc est d'autant plus rapide et efficace que le traitement est appliqué le plus près du début de l'accès.

* * *

Il semble qu'il y ait intérêt à garder les malades en observation une quinzaine de jours après leur guérison et à employer le mode de sortie en congé pour les malades dont la guérison laisse quelques doutes. Ce mode permet de suivre les malades après leur sortie.

* * *

Les accès maniaques guérissent en aussi grand nombre, mais demandent une durée moyenne de séjour plus élevée et un peu plus de chocs que les accès mélancoliques. Ils montrent une tendance plus marquée aux rechutes.

* * *

C'est un travail de l'Hôpital Psychiatrique de l'Orne.

Vu : le Président de la thèse,

M. ALAJOUANINE.

Vu : le Doyen,

A. BAUDOUIN.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,

G. ROUSSY.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

ARCHEMBAUM. — Contribution à l'étude de l'Electro-choc. Thèse Paris, 1942.

BALVET, CHAURAND et TOSQUELLES. — Considérations techniques et statistiques sur 60 malades traités par Electro-choc. *C. R. Congrès de Montpellier*, 1942, p. 347.

BERSOT. — Auto-observation d'Electro-choc. *C. R. Congrès de Montpellier*, 1902, 309.

BINGEL et MEGYENDORFER. — Sur les premiers essais faits en Allemagne de traitement des maladies mentales par les convulsions provoquées par l'Electricité. *Psychol. Neurol. Wochenschr.*, 1940, 41, 43.

BOUR. — L'Electro-choc et ses applications. Soc. de Méd. de Paris, 26-XII, 1942.

BROUSSEAU, CASALIS, LAUBRY. — Guérison rapide par l'Electro-choc d'une mélancolie chez une femme de 69 ans. *Ann. Méd. psych.*, 1942, 3, 167-172.

CARROT, PARAIRE et CHARLIER. — Considérations sur une statistique de 40 malades traités par Electro-choc. *Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, séance du 5-IV, 1943.

CHATAGNON (P. A.). — Action de l'Electro-choc sur 50 cas de psychopathies diverses. *A. M. P.*, 1945, t. II, n° 4.

COLLET (C.). — Doutes sur l'opportunité du traitement par Electro-choc dans certains cas de mélancolie et dans la manie. *A. M. P.*, 1945, t. II, n° 4.

COSSA (P.), BOURGEANT. — Premiers résultats du traitement des psychoses par Electro-choc. *C. R. Montpellier*, 1942, 369.

COSSA (P.), BOURGEANT, LE COQ et GRINDA. — Thérapeutique neurologique et psychiatrique, 1946, Masson.

CRÉMIEUX. — Sur deux syndromes dépressifs traînants, guéris rapidement par Electro-choc. *Comité médical des Bouches-du-Rhône*, 18 juin 1943.

DELAY (J.). — La théorie diencéphalique de l'Electro-choc. I. Etude psychologique. II. Etude physiologique. *A. M. P.*, 1943, t. 2, n^{os} 3-4, p. 245.

— Manie et diencéphale. *A. M. P.*, 1943, t. 2, n° 5.

Delay (J.) et Maillard (J.). — Le traitement des états maniaques par l'Electro-choc. *A. M. P.*, 1943, t. II, nº 5, p. 435.

Delay (J.), Durand (Ch.), Vidart (L.). — Accidents de l'Electro-choc. *P. M.*, 1943, 147.

Delay (J.), Fouquet et Maillard. — Les résultats de l'Electro-choc en Psychiatrie. Soc. Méd. des Hôp., 1, 1943.

Delay (J.) et Moreau (J.). — Syndrome mélancolique pseudo-démentiel chez un lacunaire : action de l'Electro-choc. Soc. Méd. Psych., 10 juillet 1944.

Delmas-Marsalet. — Electro-choc et thérapeutiques nouvelles en neuro-psychiatrie, 1946, J.-B. Baillière et Fils.

— Valeur thérapeutique de l'Electro, absence épileptique en psychiatrie. Soc. Méd. Psych., février 1944.

— Sur la valeur thérapeutique de l'Electro-choc. *C. R. Congrès de Montpellier*, 1942, p. 326.

Delmas-Marsalet, Lafon, Bauch. — Cinquante cures par l'Electro-choc. *A. M. P.*, 1943. t. II, p. 64.

Euzière, Castagne, Lafon, Fassio, Bosc, Reynaud. — A propos de 400 Electro-chocs. Soc. des Soc. Méd. et Biol. de Montpellier, mai 1943.

Ferdière (G.). — Contributions à l'étude des accidents osseux et articulaires de l'Electrothérapie. *A. M. P.*, 1943, t. II, p. 408.

— Sortie prématurée et psycho-choc. *C. R. Montpellier*, 1942, p. 350.

Forel. — Electro-choc en psychiatrie. *A. M. P.*, 1941, t. I, p. 32.

Fumarcla. — Eine neue methode der Krampfbehandlung in der Psychiatrie, der Electroschock. *Psych. neur. Woschenschr.*, 1939, 87.

Furst et Stonffer (J.). — The electrical shock treatment of psychoses. *Arch. of neurol.*, 1941, 46, p. 743.

Gourmelou (J.). — Résultats obtenus par le traitement, par l'Electro-choc dans le Service homme de Ville-Evrard. Thèse Paris, 1944.

Grimaldi (P.). — Contribution à l'étude du traitement des psychoses par l'Electro-choc. Thèse Marseille, 1943.

Hutter. — Die Elecktrische Krampfbehandlung endogener Melancolie. *Nederl. Tydsch. gemesk.*, 1941, 3317 und *Deutsch. Zusammenfaung*, 3321.

Jacquel (M.). — L'Electro-choc en 1945. Thèse Nancy, 1945.

Kalmowsky and Bancra (E.). — Electric convulsion therapy in mental disorders. *Psych. quart.*, 1940, 14.

Kalmowsky (L.), Bigelow and Brikats. — Electric shock therapie in state hospital. *Psych. quart.*, 1941; 15.

Laboucarié (S.). — Un cas de mort après Electro-choc. *A. M. P.*, 1945, nº 4, p. 430.

Laboucarié et Becq. — Résultats comparés et danger des thérapeutiques de choc en Psychiatrie. *Toulouse médical*, janvier 1944.

Laignel-Lavastine. — Valeur thérapeutique de l'Electro-choc. *Revue médicale française*, VII, 1942.

Lamarche (R.), Beaujeu (J. de) et Estienne (G.). — Le traitement par l'Electro-choc. *A. M. P.*, t. I, 1941, p. 251.

Lapipe et Rondepierre. — L'Electro-choc en psychiatrie. *P. H.*, 1942, p 269.

Latrémolière. — Accidents et incidents au cours de 1.400 électro-chocs. Imp. Subervie. Rodez, 1944.

Le Grand (A.). — Un nouveau procédé thérapeutique en psychiatrie : convulsivothérapie par Electro-choc. Soc. Méd. et Anat. Clin. de Lille, 3 mars 1942.

— Le traitement de choc des psychoses. Soc. Méd. et Anat. clin. Lille, 8 juin 1943.

Leulier, Leclercq, Casalis. — Electro-choc : résultats thérapeutiques et conclusions. *A. M. P.*, 1941, II, p. 417.

Lévy-Valensi, Christophe, Garnier (Mlle). — Cinq mois de thérapeutique par Electro-choc. *C. R. Montpellier*, 1942, p. 337.

Manschel, Ben Soltone et Corcas. — Résultats du traitement par électro-choc appliqué à 34 malades à l'hôpital psychiatrique La Manouba. *C. R. Montpellier*, p. 341.

Muller. — Die Elecktroschocktherapie in der Psychiatrie. *Schweiz. Méd. Wosch.*, 1940, p. 323.

Nespoulous (J.). — Etude du traitement des maladies mentales par Electro-choc. Thèse Toulouse, 1943.

Perret et Nespoulos. — Abcès du poumon : complication majeure de l'Electro-choc. *P. M* , 1943, p. 24.

Plichet. — L'Electro-choc. Le traitement des affections mentales par les crises convulsives électriques. *P. M.*, 20-23 novembre 1940.

Porot (A.), Bardenat, Sudter, Porot (M.), Léonardou et Kannerer. — Réflexions sur 3.000 Electro-chocs pratiqués dans les Services de psychiatrie d'Alger. *C. R. Montpellier*, 1942, p. 329.

Rondepierre, Bourgeois et Barrat (Mlle). — Electro-choc dans un cas de manie aiguë chez une tuberculeuse : amélioration de l'état pulmonaire. *A. M. P.*, 1941, II, 414.

Rondepierre (J.). Colomb (D.) et Bruère. — Electro-choc et grossesse. *A. M. P.*, 1943, t. I, nº 4, p. 459.

Rostan (A.), Chichov (A.). — Un anno di terapia convulsivante Elettrica nell ospedale neuro psichiatrico de Bergano. *Néo-Psychiatr.*, 1940, 6, p. 353.

Sileverskiol. — Indikationefür Elestroshock. *Word. Méd.*, 1042-918.

Smagghe. — L'Electro-choc, indications techniques. Résultats. Thèse Paris, 1942.

Tison (H.). — Résultats obtenus par l'Electro-choc dans diverses affections mentales. *A. M. P.*, 1942, t. I, p. 305.

TABLE DES MATIÈRES

Pages

AVANT-PROPOS 9

INTRODUCTION 11
Mode de travail 13
Tableaux des accès relevés 17

CHAPITRE PREMIER. — *Durée de séjour comparée* 24
Conditions 24
Résultats 26
Discussion 29
Avantages obtenus par l'Electro-choc 32

CHAPITRE II. — *Pourcentage des guérisons* 37
Conditions 37
Résultats 38
Discussion 43
Accidents 46

CHAPITRE III. — *Des rechutes* 49
Difficultés d'étude 49
Rechutes après guérison 50
Rechutes en cours de traitement 54

CHAPITRE IV 58
Du mode d'application de l'E. C. 58
Précautions utiles 60
Récapitulatif des divers résultats 61

Conclusions 62

Bibliographie 66

380. — Impr. de la Fac. de Méd. **Jouve et Cie, 15, rue Racine, Paris (N° 31.0939) — 12-46**